

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1956

N°

THÈSE 994

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

COURT Pierre,

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né le 8 Septembre 1920, à Crosnes (S.-&-O.)

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ULCÈRES
DE LA REGION CARDIALE**

Président : M^r. JUSTIN-BESANÇON, Professeur.

M. GERMAIN

9, Rue Dupuytren
PARIS-VI^e

1956



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1956

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

COURT Pierre,

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

né le 8 Septembre 1920, à Crosnes (S.-&-O.)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ULCÈRES DE LA REGION CARDIALE

Président : M^r. JUSTIN-BESANÇON, Professeur.

M. GERMAIN

9, Rue Dupuytren
PARIS-VI^e

1956



DOYEN HONORAIRE :
M. BAUDOUIN.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BERNARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL,
CHAMPY, CHEVASSU, DELEET, DONZELOT, GASTINEL,
GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY,
LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN,
LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON,
OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN : Léon BINET,
Membre de l'Institut.

ASSESEUR : Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	N...
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.F.)
	(Hôtel-Dieu BROcq (P.)
	(Broussais DE GAUDART-
Cliniques chirurgicales (	D'ALLAINES (F.)
	(Salpêtrière N...
	(Cochin QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)

MM.

Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie.....	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang.....	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
(Hôtel-Dieu	N...
(Bichat	N...
Cliniques médicales (Cochin	MOREAU (R.)
(Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro- climatologie thérapeutique.....	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré & des maladies de la nutrition.....	BOULIN (R.)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque.....	N...
(Port-Royal.....	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile.....	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...

MM.

Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie & thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie & matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFÉRENCES-AGREGÉS ET AGREGÉS

MM.

Anatomie	(DELMAS (A.), pr.s.ch. DEBEYRE (J.) OLIVIER N... GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) Pr.s.ch. BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) NEVOT (A.) N... ETTORI (J.), Pr.s.ch. N... N... BOURLIERE (F.)
Anatomie pathologique	
Bactériologie	
Biochimie médicale	
Biologie médicale	

MM.

Pathologie expérimentale	(N...
	(N...
	(BERNARD (J.)
	(BOUDIN (G.)
	(CASTAIGNE (P.)
	(CONTE (M.)
	(DOMART (A.)
	(LAMOTTE (M.)
	(LAROCHÉ (Cl.)
Pathologie médicale	(MILLIEZ (P.)
	(PEQUIGNOT (H.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURLAF (J.)
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(N...
	(JOSEPH (R.)
Pédiatrie	(N...
	(N...
Pharmacologie	(CHEYMOL (J.), Pr.s.ch.
	(LEVY (Mlle J.), Pr.s.ch.
	(BARJETON (D.), Pr.s.ch.
Physiologie	(PARROT (J.), Pr.s.ch.
	(DEJOURS (P.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.), Pr.s.ch.
	(GOUGEROT (L.)
Pneumo-phthisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	N...
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	N...
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.)
	(CERNEA (P.)
Thérapeutique	N...
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

Clinique chirurgicale

MM.
(AMELINE (A.)
(HUGUIER (J.)
(LEGER (L.)
(PADOVANI (P.)
(PATEL (J.)
(ROUX (M.)
(RUDLER (J.C.)
(SICARD (A.)
(BROUET (G.)
(N...

Clinique médicale

(DECOURT (J.)
(DREYFUS (Gilbert)
(FAUVERT (R.)
(HAGUE NAU (M.),
(Pr.s.ch.
(HAMBURGER (J.)
(KOURILSKY (R.)
(MARCHAL (G.)
(SOULIE (E.)
(ESCALIE (G.)

Clinique obstétricale

(MAYER (M.)
(VARANGOT (J.)

Clinique ophtalmologique

(OFFRET (G.)
(RENAUD (G.)

Clinique urologique.....

COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté

Mr. MOREL (J.)
Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Dr. HAHN (A.)

Conservateur : Mlle GOICHON

Bibliothécaires : (Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
(LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni
improbation.

A MA FEMME ET A MES ENFANTS,

Avec toute ma tendresse.

A MON PERE,

Dont la mémoire et l'exemple n'ont cessé de me guider et de me soutenir.

A MA MERE,

A qui je dois mes études de médecine.

A MES BEAUX-PARENTS, A MA FAMILLE ET A TOUS MES AMIS,

Qui m'ont encouragé par leur aide et leur affection.

A Monsieur le Professeur Louis JUSTIN-BESANÇON ,

Qui a accueilli avec une grande bienveillance notre modeste travail et nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Dans son service si remarquablement organisé et sous sa haute direction, nous avons pu bénéficier de l'étendue de ses connaissances et acquérir une vue d'ensemble du monde de la pathologie.

Nous lui demandons de vouloir bien agréer l'hommage de notre reconnaissance respectueusement dévouée.

A Monsieur le Docteur François MOUTIER,

Sans le Docteur MOUTIER, nous n'aurions pas pu écrire cette thèse. Non seulement, en effet, il a mis très aimablement à notre disposition toutes les observations nécessaires, admirablement classées, mais il a bien voulu nous consacrer un temps précieux pour nous faire bénéficier de sa grande expérience et nous apprendre une méthode de travail.

Nous ne saurons jamais trop lui dire toute notre gratitude pour tant de bienveillance et de si profitables enseignements.

Nous lui demandons de vouloir bien trouver ici l'expression de notre profond et respectueux dévouement.

A Monsieur le Professeur Agrégé André CORNET,

Qui a bien voulu nous confier ce travail. Nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion de lui exprimer notre vive et respectueuse reconnaissance pour toute l'aide qu'il nous a apportée et pour le haut exemple qu'il nous a donné. Sa grande compétence, son patient dévouement vis-à-vis de ses malades, le soin consciencieux et méthodique appliqué à tous ses travaux ont été pour nous un enseignement que nous ne sommes pas prêt d'oublier.

A Monsieur le Docteur Antoine LAPORTE,

C'est sans aucun doute dans son service que nous avons reçu les critiques les plus sévères, les plus salutaires et les plus amicales aussi. Près de ce "patron" si proche de ses élèves, nous avons pu découvrir ce que pouvait être l'art d'une médecine humaine et en goûter les joies. Pour la véritable formation qu'il nous a donnée, pour tous ses enseignements, nous voudrions lui exprimer ici notre profond attachement et notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Louis STUHL,

qui nous a fait prendre contact avec le travail de recherche et nous en a donné le goût. Sa grande curiosité d'esprit, l'étendue de ses connaissances, l'intérêt bienveillant et efficace qu'il manifeste à ses élèves en font un patron dont on quitte le service à regret, mais à qui on restera toujours attaché.

Nous sommes heureux de pouvoir le lui exprimer ici avec toute notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Raymond DUPUY,

qui nous a fructueusement initié
à la gastro-entérologie.

Son savoir et son expérience,
ses enseignements pratiques, son
accueil toujours simple et bien-
veillant font revenir ses anciens
élèves dans son service avec per-
sistance, et plaisir, toujours
renouvelé. Qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de notre
reconnaissance et de notre respec-
tueux dévouement.

A TOUS NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS :

MM. les Professeurs DEBRE
GUILLAIN
LOEPER
MATHIEU
MOLLARET
MOREAU

qui nous ont fait profiter de
leurs enseignements pendant nos
stages hospitaliers.

MM. les Professeurs Etienne BERNARD
TURPIN

MM. les Docteurs CHADOURNE
EDELMANN
MEILLERE
RAVINA

qui nous ont formé et guidé de
leurs conseils pendant notre
externat,

En témoignage de vive et
respectueuse reconnaissance.

TABLE DES MATIÈRES

	page
I.- PRELIMINAIRES.	11
- Objet et intérêt de l'étude.	12
- L'individualité anatomique et physiologique de la région cardiale.	14
- La fréquence des ulcères, leurs rapports avec le sexe, l'âge et la localisation.	19
II.- ÉTUDE CLINIQUE DES ULCÈRES SOUS-CARDIAUX.	23
- L'âge de début.	24
- Les symptômes classiques.	24
- Analyse des symptômes réels observés et de leurs variations.	25
1- La douleur : fréquence, siège, irradiations, nature, horaire, périodicité.	26
2- Les signes associés.	39
3- Les hématomés.	44
- Les principaux aspects cliniques.	48
III.- ÉTUDE RADIOLOGIQUE.	53
- Limite des renseignements fournis par la radiologie.	54
- Les principales images observées.	56
- Les causes d'erreurs.	57
IV.- LES DONNÉES DE LA GASTROSCOPIE.	61
- Les difficultés de l'examen.	62
- Le caractère des lésions.	65

- Le diagnostic différentiel.	69
V.- LE DIAGNOSTIC DES ULCÈRES SOUS-CARDIAUX.	72
VI.- ÉVOLUTION ET TRAITEMENT.	76
- Les complications.	77
- Le traitement médical.	78
- Les possibilités de la chirurgie.	78
- Les caractères de l'évolution sous l'influence du traitement.	80
VII.- CONCLUSIONS.	83
VIII.- BIBLIOGRAPHIE.	91
APPENDICE : RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS.	95

- I -

- PRELIMINAIRES.
 - INTÉRÊT ET OBJET DE L'ÉTUDE.
 - L'INDIVIDUALITÉ ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE LA
REGION CARDIALE.
 - FREQUENCE DES ULCÈRES. LEURS RAPPORTS AVEC LE
SEXE, L'ÂGE ET LA LOCALISATION.
-

L'INTERÊT de l'étude des ulcères de la région cardiaque tient à plusieurs raisons.

Peu d'études, en effet, ont été consacrées à cette localisation depuis l'avènement de la gastroscopie.

Or, pour des raisons techniques, l'examen radiologique de cette région de l'estomac est difficile, et les renseignements qu'il fournit sur la présence de l'ulcère sont très inconstants.

Quant aux symptômes cliniques, on sait qu'ils sont très inégaux, souvent trompeurs, parfois même inexistantes.

Cependant, sur 1.066 observations d'ulcères gastriques mises à notre disposition par le Docteur François MOUTIER, nous en avons relevé 97 intéressant la région cardiaque, soit 9 % environ. Mais la moitié ont été des découvertes de gastroscopie, ce qui peut expliquer la discordance entre ce pourcentage et celui publié en général par les auteurs (5% en moyenne).

La fréquence relative de l'ulcère sous-cardial, jointe à la difficulté de son diagnostic clinique et radiologique, souligne donc l'intérêt de l'étude de cet ulcère à la lumière de la gastroscopie.

C'est pourquoi, reprenant 95 observations d'ulcère sous-cardial, nous avons cherché à analyser les caractères cliniques et radiologiques en les confrontant avec les renseignements apportés par la gastroscopie.

Délimitation de la région sous-cardiale

Par région sous-cardiale, nous avons voulu désigner une zone de l'estomac située entre deux plans horizontaux :

- un plan supérieur, passant par la partie supérieure du cardia ;
- un plan inférieur, situé à 5 cm. au-dessous du cardia..

Cette région intéresse donc principalement le cardia et la partie toute supérieure de la petite courbure et des faces..

Pourquoi adopter ces limites et en particulier situer la limite inférieure à 5 cm. du cardia ?

Les chirurgiens adoptent une limite inférieure à 3 cm. parce qu'ils s'intéressent aux ulcères de la région cardiale pour des raisons d'ordre technique. A moins de 3 cm., en effet, la cure des lésions exige une technique différente, en raison de la vascularisation d'une part, et des difficultés de voies d'abord et de suture d'autre part.

Nous avons adopté 5 cm. parce que, jusqu'à cette distance, les ulcères sous-cardiaux gardent les mêmes caractères anatomo-cliniques et diagnostiques; en particulier, ils peuvent rester invisibles à la radio ou revêtir une symptomatologie trompeuse.

L'étude anatomique et l'étude physiologique de cette région confirment d'ailleurs ce choix, et éclaireront en partie la variation des signes observés dans l'ulcère..

RAPPEL ANATOMIQUE

I.- Le Cardia.

Le cardia est l'orifice supérieur de l'estomac, le mettant en communication avec l'oesophage ; il se projette en arrière sur le flanc gauche de D10, en avant sur la 7^{me} articulation chondro-costale. Il est situé entre la petite courbure en bas et à droite, et la grosse tubérosité en haut et à gauche.

C'est un orifice ovalaire, dont le grand axe est allongé de haut en bas et de gauche à droite, de sorte que l'orifice regarde à droite en haut et un peu en avant.

Extérieurement, il est plus ou moins bien indiqué par une encoche en principe à angle aigu, formée par la jonction du bord gauche de l'oesophage et du bord droit de la grosse tubérosité.

A cette encoche extérieure ou angle cardio-tubérositaire de His, répond en dedans un repli appelé valvule cardio-oesophagienne de Gubaroff, qui est normalement "un des moyens de protection de l'oesophage contre le reflux du contenu gastrique".

De nombreux auteurs ont, en effet, insisté récemment sur le mode de fermeture du cardia. Ce n'est pas, en effet, un sphincter musculaire comme le pylore, par exemple, mais un simple orifice que vient obturer la valvule de Gubaroff sous l'action de la pression intra-gastrique, pression permanente d'environ 20 à 30 cm³ d'eau, qui s'oppose à une dépression intra-oesophagienne variant de - 5 à - 10 cm³ d'eau avec la respiration.

Si la grosse tubérosité s'abaisse, l'angle qu'elle forme avec l'oesophage s'efface, il n'y a plus de valvule et le reflux est possible. D'où l'importance attribuée par LORTAT-JACOB et d'autres

auteurs aux moyens de fixité de la grosse tubérosité, et en particulier au ligament phréno-gastrique.

D'autres éléments, d'ailleurs, semblent intervenir dans la fermeture du cardia : (1)

- contraction de fibres circulaires de l'estomac entourant l'oesophage et passant dans l'angle cardio-tubérositaire ;

- contraction diaphragmatique de l'hiatus oesophagien s'opposant à la remontée de l'oesophage (et à l'effacement de la valvule) sous l'effet de l'accroissement de pression intra-abdominale lors de l'inspiration.

On peut retenir de tout cela que la fermeture du cardia est autant sous la dépendance de facteurs mécaniques et de dispositions anatomiques, que de facteurs physiologiques et fonctionnels.

C'est pourquoi les ulcères de la région cardiale, malgré les grosses réactions inflammatoires et spasmodiques qu'ils provoquent, retentissent peu sur la physiologie de l'orifice et provoquent rarement de la dysphagie ou du reflux. Les sténoses sont exceptionnelles.

Voilà un premier caractère qui oppose la région cardiale à la région antro-pylorique. Nous verrons plus loin que ce n'est pas le seul.

Intérieurement, l'épithélium cylindrique du cardia, rouge et plissé, fait suite sans transition à l'épithélium pavimenteux stratifié, blanc mat, de l'oesophage. Mais il n'y a ni épaissement ni modification de calibre pour marquer l'orifice.

II.- La région sous-cardiale.

Limitée arbitrairement par deux plans horizontaux, l'un passant par la partie supérieure du cardia,

(1)- Voir les travaux de CONSTANTINI, BARRETT, FORSELL, LENDRUM, MONGE.

l'autre à 5 cm. au-dessous, elle comprend donc, outre le cardia, la partie haute de la petite courbure et la partie correspondante des deux faces, à l'exclusion de la grosse tubérosité qui la limite vers le haut. Vers le bas, elle se continue par le corps de l'estomac.

Ses rapports essentiels sont : en arrière, l'arrière cavité et, par son intermédiaire, le pancréas, par lequel pourront se trouver bouchés les ulcères perforés postérieurs. L'artère splénique, longeant le pancréas, va rejoindre à gauche la rate. A droite, se trouve le foie et, en arrière, le tronc coeliaque envoie la coronaire stomachique vers cette région.

En avant enfin, se trouve la paroi thoracique, constituée par les 5me, 6me et 7me cartilages costaux, les insertions fibreuses du grand droit de l'abdomen, et, plus profondément, de haut en bas, une mince languette pulmonaire, le cul-de-sac pleural, le lobe gauche du foie.

La région cardiale s'oppose donc au corps de l'estomac par sa situation profonde, derrière le thorax, donc difficile à explorer cliniquement du fait de l'interposition du poumon, de la plèvre et du foie, derrière le gril costal.

Elle s'oppose aussi par sa fixité à la mobilité relative du reste de l'estomac : elle est, en effet, solidement fixée par ses nombreuses attaches : ligament gastro-phrénique, oesophage abdominal, plexus pneumogastrique, attaches vasculaires des artères spléniques et coronaires stomachiques, partie supérieure du petit épiploon.

C'est enfin une région de transition entre l'oesophage et le fondus proprement dit, dont elle diffère par sa vascularisation, sa motricité, voire sa physiologie, ce qui lui donne une individualité propre.

Son système vasculaire n'appartient pas, en

effet, à celui du reste de l'estomac, mais il est commun avec celui de l'oesophage :

- premièrement, par les vaisseaux cardio-oesophago-tubérositaires, venus de la coronaire stomachique, qui remontent le long de la petite courbure et se répartissent en trois branches, dont deux pour l'oesophage et une pour la face antérieure des régions cardiales et tubérositaires ;

- deuxièmement, par les différents vaisseaux courts de la splénique qui se distribuent à la partie postérieure de la grosse tubérosité, de la région cardiale et de l'oesophage ;

- troisièmement, par une branche de l'artère diaphragmatique inférieure gauche, dans 60 % des cas.

L'innervation de la région cardiale est essentiellement assurée par les deux pneumogastriques: le gauche pour la petite courbure et la face antérieure; le droit pour la face postérieure du cardia et de l'estomac, envoyant de plus une branche au plexus coeliaque.

On sait d'ailleurs que le pneumogastrique contient des fibres sympathiques, en même temps que des fibres parasympathiques.

Soumise étroitement au système nerveux extrinsèque, la motricité de la région est faible, irrégulière, spasmodique, faite parfois de contractions en masse. Ses réactions aux lésions pourront varier avec l'état neurotonique du sujet, chez la femme en particulier. Aux excitations locales, correspondra une symptomatologie plus ou moins riche, parfois d'emprunt, telles des douleurs précordiales ou lombaires isolées, comme nous en avons trouvé dans nos observations.

Elle s'oppose donc, là encore, à la région antro-pylorique, qui présente une motricité régulière, faite d'ondes péristaltiques puissantes sous la dépendance de centres automatiques, tendant à réagir toujours de la même façon devant les lésions.

L'histologie enfin montre que l'épithélium sous-cardial est constitué comme celui du fondus : épithélium prismatique de cellules à mucus, avec bordure en brosse. Cependant, les glandes y sont moins nombreuses et réduites au collet. Les fonctions digestives y sont donc peu marquées et la présence d'un ulcère dans cette région n'apportera guère de perturbation dans ce domaine.

En résumé, la région cardiale présente une originalité propre, qui tient à plusieurs caractères :

- C'est une région orificielle mais non sphinctérienne, fermée par une valvule.

- C'est la partie fixe et profonde, rétrothoracique, d'un organe mobile, superficiel, abdominal, dont elle ne partage pas la vascularisation.

- Sa motricité faible, irrégulière, capricieuse, dépend étroitement du système nerveux extrinsèque, et l'oppose dans son mode de réaction à la motricité puissante, régulière, automatique, de la région antropylorique.

- Enfin, organe de passage et de transition, ses fonctions digestives sont peu marquées ; elle participe peu à la digestion.

Il sera intéressant de vérifier si ces différents caractères retentissent, et dans quelle mesure, sur la pathologie habituelle de l'ulcère. Petit jalon dans une étude plus générale, qui dépasserait le cadre de ce travail, pour délimiter la part de l'organe et celle des altérations générales dans la maladie ulcéreuse.

On comprend enfin que la région cardiale appartienne à "la zone de tolérance" de l'estomac. En effet, en raison de ses dimensions fixes, de sa faible motricité, de sa situation haute de passage, et en même temps profonde, peu accessible, elle permet le développement de lésions étendues, avec des signes souvent peu accusés mais parfois polymorphes, du fait de la participation prédominante du système nerveux extrinsèque.

REPARTITION DES ULCÈRES SOUS-CARDIAUX

Fréquence -

Sur 1.066 ulcus gastriques, nous en avons donc trouvé 100 localisés à la région cardiaque, soit plus de 9 %.

De ces 100 ulcères, 95 seulement ont été étudiés, les observations des 5 autres étant incomplètes.

Si l'on évalue la surface de la région cardiaque au dixième de la surface totale de l'estomac, on voit que cette région n'est pas plus épargnée que les autres; mais, par contre, l'étude des facteurs généraux comme l'âge et le sexe montre qu'ils ont une influence certaine sur la genèse des ulcères et sur leur localisation.

Sexe -

C'est ainsi que, sur 95 porteurs d'ulcères sous-cardiaux, il y avait 67 hommes et 28 femmes, soit des proportions respectives de 70 % et 30 %, proportions à peu près les mêmes que celles trouvées par HILLEMANN dans les ulcères de la petite courbure (75 % et 25 %). L'influence du sexe masculin est encore plus forte, d'ailleurs, dans les ulcères gastro-duodénaux en général, puisque le même auteur trouve dans ce cas 80 % d'hommes contre 20 % de femmes seulement.

Pourquoi cette inégalité de répartition ?

Les raisons sont probablement multiples et complexes ; cependant, en comparant l'âge et le sexe des malades, on ne peut s'empêcher d'évoquer une hypothèse qui réponde à cette question.

Nous avons réparti, en effet, les malades selon leur âge et leur sexe dans le tableau suivant, l'âge étant celui du malade lors du premier examen.

TABEAU DE FREQUENCE DES ULCERES-SOUS-CARDIAUX EN FONCTION DE L'AGE ET DU SEXE

L'âge des malades étant celui du malade au 1er examen.

	Jusqu'à 20 ans	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 ans. et plus	Age Inconnu	Total
Hommes	1	4	12	17	18	4	4	7	67
Femmes	0	1	0	8	7	11	1	0	28
Total	1	5	12	25	25	15	5	7	95

TABEAU REPRESENTANT LA FREQUENCE DES ULCERES-SOUS-CARDIAUX EN FONCTION DE L'AGE ET DU SEXE

L'âge étant celui du malade au moment des premiers symptômes.

	Jusqu'à 20 ans	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 ans. et plus	Age Inconnu	Total
Hommes	3	5	15	18	11	3	4	7	67
Femmes	0	2	2	6	9	9	1	0	28
Total	3	7	17	24	20	12	5	7	95

Le maximum de fréquence apparaît entre 40 et 60 ans ; mais après 60 ans le nombre d'hommes va en diminuant, tandis que la proportion de femmes augmente. En tenant compte du taux de mortalité générale de la population, plus important pour l'homme que pour la femme après 60 ans, on peut s'expliquer qu'il y ait moins d'ulcères masculins, mais on ne s'explique pas qu'il y ait plus d'ulcères féminins (en valeur absolue).

Nous avons refait ce tableau en prenant comme âge non plus celui au premier examen, mais celui à l'apparition des premiers symptômes. La fréquence maxima pour l'homme y apparaît alors entre 30 et 50 ans, pour la femme entre 50 et 70 ans ; mais dans les deux tableaux c'est surtout à partir de la quarantaine que la femme est exposée aux ulcères.

Faut-il invoquer l'influence de la ménopause dans l'étiologie des ulcères féminins, et plus précisément l'influence favorisante des hormones mâles sur la genèse de l'ulcère ? On sait déjà l'influence des hormones surrénales, type cortisone, sur les ulcères gastriques.

Mais le sexe n'influe pas seulement sur la fréquence des ulcères ; il semble jouer également un rôle dans leur localisation.

Il faut noter, à ce propos, que la répartition des ulcères sous-cardiaux est moins élective que dans les autres régions de l'estomac. Si l'on compare leur pourcentage de localisation avec celui des ulcères gastriques en général, on s'aperçoit qu'ils intéressent plus volontiers les faces et moins souvent la petite courbure que les ulcères plus bas situés.

	<u>Ulcères</u> <u>région cardiaque</u>	<u>Ulcères</u> <u>gastriques en général</u>
Petite courbure	54,5 %	84,6 %
Face postérieure	28,5 %	11,2 %
Face antérieure	16 %	4,1 %
Grande courbure	1 %	0,1 %

Le sexe féminin accentue encore cette différence.

	<u>Hommes</u>	<u>Femmes</u>
Petite courbure	60 %	42,3 %
Face postérieure	24,5 %	38,5 %
Face antérieure	14,5 %	19,2 %
Grande courbure	1 %	
	<u>100</u>	<u>100</u>

Si l'homme présente davantage d'ulcères de la petite courbure, la femme a plus souvent des ulcères des faces et en particulier des ulcères de la face postérieure, dont la fréquence à elle seule est presque égale à celle d'un ulcère de la petite courbure.

Nous avons essayé de voir si l'âge avait une influence sur la localisation ; mais notre statistique était trop restreinte pour donner des renseignements valables.

En conclusion, la fréquence des ulcères de la région cardiale n'est pas négligeable, puisque, malgré la petite surface, représentée par cette région, nous y avons relevé 9 % des 1.066 ulcères gastriques observés.

Nous avons pu vérifier, d'autre part que, comme dans les autres ulcères gastriques, la femme est épargnée jusqu'à l'âge de la ménopause, ce qui explique que le pourcentage général comprenne deux fois plus d'hommes, mais ce qui fait songer au rôle des influences hormonales dans la genèse des ulcères... On pourrait, d'autre part, s'expliquer par des raisons de proximité, que l'ulcère sous-cardial se répartisse autant sur les faces que sur la petite courbure, contrairement aux autres régions gastriques ; mais on comprend mal pourquoi cette répartition est encore accentuée par l'influence du sexe féminin au bénéfice des ulcères de la face postérieure.

Au cours de cette étude, nous retrouverons d'ailleurs cette influence des facteurs généraux, du sexe en particulier, sur les caractères cliniques de l'ulcère.

- II -

ETUDE CLINIQUE DES ULCERES SOUS-CARDIAUX.

- L'ÂGE DE DÉBUT.
 - LES SYMPTÔMES CLASSIQUES.
 - ANALYSE DES SYMPTÔMES OBSERVÉS ET LEUR VARIATION.
 - LES PRINCIPAUX ASPECTS CLINIQUES.
-

ETUDE CLINIQUE

Nous avons insisté sur l'étude des caractères cliniques, malgré leur peu de valeur diagnostique, parce que, d'une part ce sont des témoins qui peuvent aider à comprendre la physio-pathologie de l'ulcère, d'autre part et surtout ce sont eux, en fin de compte, qui alertent le médecin sur la nécessité d'investigations plus poussées telles que radiologie et gastroscopie.

L'ÂGE DE DÉBUT

Nous avons vu l'âge de début le plus fréquent :

- 30 à 50 ans chez l'homme,
- 50 à 70 ans chez la femme.

Cependant, les premières manifestations peuvent apparaître plus tôt dans les deux sexes : nous avons observé l'apparition de douleurs à 17 ans et même à 15 ans chez deux malades.

LES SIGNES CLASSIQUES

Les symptômes cliniques caractéristiques de l'ulcère sous-cardial ont été décrits par plusieurs auteurs : il s'agit, pour eux, de douleurs précoces, de siège élevé derrière le sternum ou l'appendice xiphoïde. Cette douleur irradie d'ailleurs vers le haut, dans le cou, l'épaule gauche, parfois même la mâchoire inférieure. Elle va en augmentant pendant deux ou trois heures et s'accompagne de signes divers : régurgitation, quelques minutes après l'ingestion d'aliments, sialorrhée abondante et précoce, hoquet, parfois musées ou vomissements.

L'examen montre l'existence d'un point douloureux à la partie supérieure de l'épigastre, associé

à une hyperesthésie cutanée et profonde ; parfois, on peut retrouver un point douloureux vertébral entre D7 et D10.

Toutefois, à côté de cette forme typique mais peu fréquente, les auteurs décrivent de nombreuses formes cliniques :

- forme latente, découverte par une hémorragie ;
- forme trompeuse, simulant un ulcère plus bas situé ;
- forme oesophagienne, avec dysphagie ;
- forme cardiaque ;
- forme fruste.

Certains auteurs même déclarent que le diagnostic est très difficile et pratiquement jamais posé, sauf à l'intervention ou ... à l'autopsie !!

En fait, notre étude a montré la difficulté d'un diagnostic clinique précis et la défaillance de la radiologie dans près de la moitié des cas.

D'autre part, si l'on prend isolément chaque symptôme décrit par les auteurs, nous pourrions dire que nous en avons retrouvé la plupart dans nos observations. Mais, si on doit tenir compte de leur association et de leur fréquence, le tableau clinique change complètement : nous avons, par exemple, retrouvé des douleurs précoces, mais dans 6 % des cas seulement. 75 % des douleurs étaient au contraire tardives. A-t-on le droit, dans ce cas, de dire que la douleur de l'ulcère sous-cardial est précoce ? Nous verrons d'ailleurs que l'horaire de la douleur est plus influencé par le caractère de l'algie que par le siège de l'ulcère.

Nous avons donc repris l'analyse de tous les symptômes observés, et lorsqu'ils présentaient des variations importantes nous avons cherché quels pourraient en être les facteurs responsables : âge, sexe, siège de l'ulcère en particulier.

Dans une première partie, nous étudierons la douleur, son siège, son horaire, sa nature et leurs

variations.

Nous verrons ensuite les signes qui peuvent l'accompagner et parfois la rattacher à son origine, ou au contraire égarer le diagnostic : troubles généraux, digestifs, cardio-oesophagiens, hémorragies, manifestations atypiques.

Nous essaierons enfin de regrouper ces signes en retraçant les aspects les plus fréquents sous lesquels se présente l'ulcère de la région cardiale.

Est-il nécessaire d'ajouter que toutes les observations étudiées ont comporté un double contrôle radiologique et gastroscopique sans lequel, évidemment, ce travail n'aurait pas été possible.

La douleur.

Fréquence.-

Parmi les signes révélateurs, la douleur est le plus important, puisqu'elle survient dans 90 % des cas, les autres cas ayant été révélés par des hémorragies isolées : 5 %, des troubles de l'état général : 4 %, et une dysphagie : 1 %.

Cette fréquence est à peu près constante quels que soient le sexe, l'âge du malade et celui de la lésion ou la localisation de l'ulcère :

Fréquence générale	Hommes	Femmes	40 à 50 ans	50 à 70 ans
90 %	89,5 %	92,5 %	88 %	97 %

Fréquence générale	Petite courbure	Face antérieure	Face postérieure
90 %	90,2 %	85,7 %	91,7 %

Siège

Contrairement aux données classiques, le siège de la douleur est épigastrique dans 92 % des cas. Nous avons retrouvé cependant les situations indiquées par les auteurs, mais dans les proportions suivantes :

- douleurs rétro-sternales (oesophagiennes)... 1 %
- douleurs rétro-xiphoïdiennes 1 %
- douleurs précordiales 2 %
- douleurs lombaires 1 %

Il faut y ajouter pour être complet :

- douleurs de l'hypocondre droit (vésiculaire) 2 %
- douleurs de l'hypocondre gauche 1 %

Si l'on résume sur un tableau les circonstances accompagnant ces douleurs de siège atypique, on peut être amené à plusieurs remarques, à titre d'ailleurs purement indicatif, étant donné le petit nombre de cas observés :

- En premier lieu, la prédominance du sexe féminin : 6 femmes pour 2 hommes, soit 24 % de femmes et 3 % des hommes ;

- D'autre part, 6 malades sur 8 ont plus de 60 ans, une seule a 45 ans, l'âge de l'autre n'est pas précisé.

- Les douleurs thoraciques correspondaient à un ulcère de la petite courbure, celle de siège abdominal à un ulcère de la face postérieure ; enfin, la douleur lombaire répondait à un ulcère de la face antérieure.

- Surtout, la plupart des douleurs de siège atypique correspondent à des ulcères situés à moins de un cm. du cardia ; seule, une douleur de l'hypocondre droit correspondait à un ulcère situé à 5 cm. ; mais l'inverse n'est pas vrai ; la moitié des ulcères situés à moins de un cm. donnent des douleurs épigastriques, d'autres ne donnent pas de douleur.

DOULEURS DE SIÈGE ATYPIQUE

128

Obs.	Sexe	Age	Siège de l'ulcère et distance au cardia	Siège de la douleur	Horaire	Autres signes
Obs. 8	F	65	Face antérieure 1 cm.	Lombaire haute	+ ou - continue	Néant.
Obs. 16	F	62	Face postérieure 1 cm.	Douleur de l'hypocondre gauche, irradiant en haut et en arrière	?	Passé digestif : lithase, hématuries. Signes digestifs : nausées. Signes généraux : amaigrissement, anémie.
Obs. 15	F	60	Face postérieure 1 cm.	Douleur de l'hypocondre droit.	Intermittente	ictère. Passé vésiculaire (cholécystostomie).
Obs. 57	F	45	Face postérieure 5 cm.	Douleur vésiculaire	Tardive	Antécédents lithiasiques vésiculaires. Signes généraux : anémie, amaigrissement, asthénie.
Obs. 22	F	64	Petite courbure 1 cm.	Rétro-sternale et étouffement.	+ ou - continue	Signes œsophagiens : dysphagie, régurgitations.
Obs. 19	F	63	Petite courbure 1 cm.	"Sur le cœur".	Continue	Amaigrissement
Obs. 92	H	60	Petite courbure 1 cm.	Cardialgie	?	Amaigrissement
Obs. 30	H	?	Petite courbure 1 cm.	Rétro-xiphoidienne avec irradiat. hautes	Précoce	Régurgitations.

Rappelons que l'on a expliqué les anomalies de siège de la douleur dans les ulcères gastriques par une hypothèse analogue à celle proposée pour interpréter les douleurs d'angor. L'irritation centripète conduite par les voies sympathiques et la moëlle aboutit à l'encéphale et est interprétée par le cortex d'après le segment médullaire dont elle provient. D'où parfois une erreur corticale de localisation lorsque l'irritation vient d'une zone frontière entre deux segments.

En conclusion, si le siège épigastrique est la règle, cependant le quart des femmes souffraient ailleurs, beaucoup plus rarement les hommes. Douleurs hautes, thoraciques, il s'agissait d'un ulcère de la petite courbure, ou douleurs basses, mais avec irradiations hautes, le plus souvent, intéressant les hypocondres ou les lombes, et correspondant à un ulcère de face.

Dans ces cas, presque toujours l'ulcère était au bord du cardia. Malgré ces atypies, y avait-il des signes associés pouvant faire penser à un ulcère ?

En général, pas d'horaire net, des douleurs plus ou moins continues ou intermittentes, mais des signes généraux (amaigrissement) ou digestifs, vésiculaires ou oesophagiens. Une fois, rien d'autre que la douleur lombaire, attribuée d'ailleurs à un rhumatisme vertébral.

Il faut donc penser, en présence de ces douleurs atypiques, où le reste de l'examen général est négatif et que rien n'explique, à pratiquer une radiographie de l'estomac, voire une gastroscopie.

Mais, en général, les signes digestifs ou généraux doivent attirer l'attention sur l'estomac.

Irradiations.-

Il y a peu de chose à dire sur les irradiations de la douleur dans l'ulcère sous-cardial,

LA NATURE DES DOULEURS SELON LE SIÈGE DE L'ULCÈRE

	Ensemble	Petite courbure	Face antér.	Face postér.	Distance au cardia	
					0 à 1	1 cm.
Crampes	61	66	47	52	38	68
Brûlures	12	7	17,6	16	0	14
Pesanteurs	9	5	11,8	12	6	6
Hématémèses isolées	5	2	11,8	8	6	5
Troubles œsophagiens isolés	2	7	0	0	6	2
Troubles atypiques	11	13	11,8	12	44	5
	100	100	100	100	100	100

Il y a plus de brûlures et de pesanteurs dans les ulcères des faces, plus d'hématémèses également.

A moins de 1 cm. du cardia, les troubles atypiques sont très fréquents. Il s'agit alors de douleurs de siège anormal: lombaire, précordial, ou de malaises mal caractérisés, sans horaire, ni périodicité nette.

sinon qu'elles sont rares : 6 % des cas se répartissent ainsi :

- irradiations hautes :	3
- " gauches :	2
- " droites :	1

Les irradiations hautes étaient thoraciques et même cervicales, pouvant remonter dans la mâchoire. Les irradiations droites et gauches intéressaient les hypocondres ; les deux irradiations gauches correspondaient à un ulcère de la face antérieure et étaient accompagnées de pesanteur. Précisons d'ailleurs que, dans les cas observés, l'ulcère siégeait à une distance du cardia variant de 1 à 3 cm., soit sur la petite courbure, soit sur les faces. L'âge des malades s'échelonnait entre 25 et 75 ans ; les deux sexes étaient représentés.

La nature des douleurs.-

La crampe est la douleur habituelle de l'ulcère gastrique. L'ulcère sous-cardial respecte cette règle, puisque nous avons observé des crampes dans 61% des cas, fréquence peut-être un peu moindre que dans les autres ulcères, mais néanmoins largement prédominante, car nous n'avons relevé que 12 % de brûlures et 9 % de pesanteur.

(Rappelons que dans les autres cas, soit 18 %, on trouvait : hématomés isolées : 5 % ; troubles oesophagiens isolés : 2 % ; troubles généraux et douleurs atypiques : 11 %).

Nous avons recherché quels facteurs pourraient intervenir dans la modalité de la douleur ; or, en analysant de plus près ces conditions d'apparition, on observe les faits suivants :

Le siège de l'ulcère a une certaine importance : l'ulcère des faces présente moins de crampes (50 % au lieu de 66 %), deux fois plus de brûlures et de pesanteur, beaucoup plus d'hématémèses, mais pas de troubles oesophagiens.

La distance au cardia intervient également. On pourrait penser que plus la lésion est proche de l'orifice, plus elle entraîne de troubles par reflux qui seraient à l'origine des brûlures. Il n'en est rien ! Au contraire, on n'observe pas de brûlures lorsque l'ulcère siège à moins de 1 cm. du cardia. Il n'y a donc probablement pas de reflux oesophagien, ce qui, d'ailleurs, est confirmé par la radio, et il faut chercher aux brûlures une autre origine.

Si l'ulcère juxta-cardial, c'est-à-dire situé à moins de 1 cm. du cardia, ne donne pas de brûlures, il donne également moins de crampes (38 %), beaucoup plus de troubles atypiques (44 %). Ces troubles sont alors constitués par des malaises sans horaire, ni périodicité nette, ou surtout par des douleurs de siège trompeur, précordial en particulier.

Au contraire, il y a peu de troubles atypiques (5 %) lorsque l'ulcère est à plus de 1 cm. du cardia.

Le sexe

La nature des douleurs varie également beaucoup selon le sexe. Les femmes présentent deux fois moins de crampes que les hommes (38 % contre 70 %), trois fois plus de brûlures (24 % contre 7 %), et quatre fois plus de troubles trompeurs ou atypiques (28 % contre 7 %).

	Crampes	Brûlures	Pesanteur	Troubles trompeurs	Hématémèses
Hommes	70 %	7 %	10 %	7 %	6 %
Femmes	38 %	24 %	7 %	27,5 %	3,5 %

LA NATURE DES DOULEURS SELON LE SEXE ET L'ÂGE

	Ensemble	Selon le sexe		Selon l'âge		
		Hommes	Femmes	0 à 40	41 à 60	61 et plus
Crampes	61	70	38	62	58,3	75
Brûlures	12	7	24	13,8	16,6	5
Pesanteurs	9	10	7	10,4	10,4	0
Hématémèses isolées	5	6	3,5	6,9	4,2	5
Troubles atypiques	13	7	27,5	6,9	10,5	15
	100	100	100	100	100	100

Ces faits peuvent s'expliquer en partie en considérant que les femmes ont deux fois plus d'ulcères juxta-cardiaux que les hommes, donc deux fois plus de risques d'avoir des troubles atypiques, et qu'elles ont plus d'ulcères des faces que de la petite courbure, donc plus de risques également d'avoir des brûlures et des pesanteurs.

Cependant, même en tenant compte de ces données, on n'obtient pas de pourcentages aussi anormaux que ceux observés dans la réalité. Le sexe joue donc un rôle certain sur la nature des douleurs, ce qui semble montrer la part du système nerveux végétatif extrinsèque et peut-être celle des sécrétions hormonales dans le mode de réactions douloureuses de l'estomac. N'y a-t-il pas plus souvent, chez la femme, des différences de neurotonie importantes, susceptibles d'expliquer en partie le polymorphisme de ses manifestations ulcéreuses qui s'oppose à l'allure clinique plus constante de l'ulcère masculin ?

L'âge du malade, par contre, semble peu intervenir. Tout au plus, peut-on remarquer que les troubles atypiques augmentent relativement avec l'âge et qu'après 60 ans il y a moins de brûlures et de pesanteurs (5 % contre 35 %), au profit des crampes qui atteignent 75 %, malgré une proportion plus importante de femmes à cet âge.

En résumé, la crampe est la plus fréquente des douleurs observées (3 fois sur 5), surtout dans les ulcères de la petite courbure, ceux situés à plus de 1 cm. du cardia, chez l'homme, et après 60 ans.

Les brûlures sont relativement fréquentes chez la femme et dans les ulcères des faces. Elles doivent être exceptionnelles dans les ulcères situés à moins de 1 cm. du cardia, car nous n'en avons pas observé. Elles ne semblent pas dues à un reflux oesophagien.

Les troubles atypiques tels que : douleurs précordiales ou lombaires, malaises, etc..., semblent surtout l'apanage des ulcères extra-cardiaux (44 %). On les observe aussi 2 fois plus souvent chez la femme.

Notons, en passant, l'influence du siège de l'ulcère sur la nature des douleurs, ainsi que le polymorphisme des manifestations chez la femme.

Horaire.-

Contrairement aux données classiques, la douleur de l'ulcère sous-cardial n'est pas précoce, mais en règle tardive. C'est-à-dire qu'elle survient 4 heures après le repas et même au-delà, dans 75 % des cas.

Dans 12 % des cas, elle est semi-tardive, survenant deux à trois heures après les repas.

Elle peut cependant survenir précocement, dans la demi-heure qui suit, mais c'est rare : 6 % des cas.

Enfin, elle peut être continue : 6 % des cas également.

HORAIRE DES DOULEURS SELON LE SEXE ET L'ÂGE

	Selon le sexe			Selon l'âge		
	Ensemble	Hommes	Femmes	0 à 40	41 à 60	61 et plus
Tardives	75,6	79,3	66,7	75	75	73,5
Demi-tardives	12,2	8,6	20,8	15	11	10,5
Précoces	6,1	8,6	0	5	11	0
Continues	6,1	3,5	12,5	5	3	16
	100	100	100	100	100	100

HORAIRE DES DOULEURS SELON LE SIÈGE DE L'ULCÈRE

	Ensemble	Petite courbure	Face postér.	Face antér.	Distance au cardia	
					1 cm.	2 à 5 cm.
Tardives	75,6	78,7	80,9	58,3	61,5	85,8
Demi-tardives	12,2	10,6	9,5	25	7,7	8,5
Précoces	6,1	6,4	4,8	8,3	15,4	5,7
Continues	6,1	4,3	4,8	8,3	15,4	0
	100	100	100	100	100	100

Quels sont les facteurs qui influent sur l'horaire ?

Le siège a peu d'influence. En effet, la situation haute de l'ulcère ne modifie guère l'horaire, puisque, à moins de 1 cm. du cardia, 61 % des ulcères

donnent encore des douleurs tardives et 15 % seulement des douleurs précoces. Les ulcères de la face antérieure donnent d'ailleurs également 58 % des douleurs tardives et 25 % des douleurs demi-tardives.

Le sexe n'influe pas non plus. Signalons toutefois que nous n'avons pas observé de douleurs précoces chez la femme, mais un peu plus de douleurs semi-tardives ou continues.

Les douleurs continues sont d'ailleurs un peu plus fréquentes après 60 ans (16 % contre 4 %), mais elles correspondent surtout à des douleurs atypiques.

C'est la nature des douleurs, en effet, qui joue certainement le plus grand rôle dans la détermination de leur horaire.

Si les crampes sont en général tardives (85 % des cas), les brûlures ont un horaire variable : plus souvent demi-tardives (41 %) que tardives (33 %) ou précoces (17 %).

Les pesanteurs ont un horaire également variable, mais à prédominance tardive (60 %).

Quant aux douleurs atypiques, elles sont surtout continues (60 %) ou tardives (40 %).

En résumé, la majorité des douleurs sont tardives. Les douleurs précoces sont rares : 6 % des cas. En particulier, nous n'en avons pas observé chez la femme ni dans les deux sexes après 60 ans. Lorsqu'elles existent, il s'agit surtout de pesanteurs ou de brûlures.

L'horaire des douleurs semble d'ailleurs moins lié au siège de l'ulcère, à l'âge ou au sexe du malade, qu'à la nature de la douleur. On peut concevoir, en effet, que crampes, brûlures ou pesanteurs correspondent à des troubles physio-pathologiques différents, survenant à des phases différentes de la digestion.

	Ensemble	Crampes	Brûlures	Pesanteurs	Autres Douleurs
Tardives	75,6	85	33	60	40
Demi-tardives	12,2	8,5	41,5	20	0
Précoces	6,1	5	17	20	0
Continues	6,1	1,5	8,5	0	60
	100	100	100	100	100

- Les douleurs tardives sont surtout des crampes, puis viennent les crampes et après les brûlures.
- Les douleurs demi-tardives s'observent surtout en cas de brûlures, puis viennent les pesanteurs et enfin les crampes.
- Les douleurs précoces s'observent plus en cas de pesanteurs ou de brûlures qu'en cas de crampes.
- Les autres douleurs sont souvent continues.

D'après HURST, la crampe se produit lorsque l'estomac est aux trois-quarts vide et qu'une contraction remplit tout l'antré sans que le pyllore s'ouvre : la contraction persiste et devient spasme douloureux.

De fait, dans notre étude, 35 % des crampes sont tardives et 9 % semi-tardives.

Les brûlures, douleurs moins habituelles dans l'ulcère, seraient dues à l'hyperesthésie de la muqueuse, sous l'influence de la sécrétion gastrique, et les pesanteurs à la pesée du contenu gastrique sur le fond de l'estomac. On conçoit donc que ces deux symptômes puissent apparaître précocement.

En fait, nous avons trouvé un pourcentage de brûlures et de pesanteurs précoces nettement plus élevé qu'en cas de crampes : 20 % au lieu de 5 %. Mais le taux des brûlures et des pesanteurs tardives reste encore élevé: 33 % et 60 %.

Périodicité.-

Comme dans les autres ulcères, les douleurs de l'ulcère sous-cardial sont en général périodiques (80 % des cas). Cette périodicité est d'ailleurs très variable et les intervalles de repos séparant les crises peuvent durer de quelques semaines à quelques mois ou même quelques années.

Dans 20 % des cas, nous n'avons pas retrouvé de périodicité nette ; mais il s'agissait, une fois sur deux, de formes atypiques, ce qui d'ailleurs ne facilitait pas le diagnostic.

LES SIGNES ASSOCIÉS

Les descriptions classiques entourent la douleur de l'ulcère sous-cardial d'un cortège de signes évocateurs qui ont le mérite d'attirer l'attention sur cette localisation de l'ulcère, sinon d'en permettre le diagnostic.

C'est exceptionnellement que nous avons rencontré ces signes et jamais beaucoup à la fois ; il y en a, par contre, beaucoup d'autres plus banaux, qui peuvent permettre, sinon de poser des diagnostics d'ulcère sous-cardial, du moins d'attirer l'attention sur le tube digestif en cas de troubles atypiques et de rechercher un ulcère.

Fréquence.-

10 % des ulcères sont indolores, 50 % présentent des douleurs sans autres signes, 40 % enfin présentent des douleurs et des signes associés.

La fréquence des signes autres que la douleur dans l'ulcère sous-cardial serait donc d'environ 50 %.

Ces signes sont d'ailleurs variés ; on peut les répartir en trois groupes :

- Signes généraux : amaigrissement, anémie, asthénie 22 %
- Signes digestifs : anorexie, nausées, vomissements, dysphagie 20 %
- Signes divers : étouffements, glossite, ballonnements, etc ... 5 %

Les signes généraux

s'observent dans 22 % des ulcères. Neuf fois sur dix, il s'agit d'ailleurs d'un amaigrissement.

L'importance de cet amaigrissement est très

TABLEAU DES AMAIGRISSEMENTS (22/95 ulcères)

Obs.	Age	Sexe	Poids perdu	Signes associés	Douleur	Siège de l'ulcère	Distance du cardia
57	45	F.	20 kg	Asthénie Anémie	Hypocondre g. Tardive	F.P.	5 cm.
55	42	F.	Léger	Méloena	Brûlures Demi-tardives	P.C.	3 cm.
48	49	F.	3 kg		Pesanteurs Demi-tardives	Face	
51	55	F.	Moyen	Anorexie	Brûlure tardive	F.P.	5 cm.
37	57	F.	Léger	0	Malaises	P.C.	1 cm.
16	62	F.	12 kg	Nausées Anorexie Hématémèse	Hypocondre g.	F.P.	1 cm.
19	63	F.	Net	0	Précordiale	P.C.	1 cm.
21	64	F.	5 kg	0	Epig. Tardives	P.C.	1 cm.
11	70	F.	Moyen	0	Brûlures	P.C.	
95	53	F.	Moyen	Anorexie	0	P.C.	5 cm.
40	50	H.	4 kg.	0	Epig. Tardives	P.C.	4 cm.
32	54	H.	Léger	Anorexie	Epig. Tardives	F.A.	5 cm.
33	54	H.	2 kg.	Hématémèse	Epig. T. ou D.T	P.C.	2 cm.
34	56	H.	7 kg.	Hématémèse	Pesant. épigast.	P.C.	
35	57	H.	Moyen	Pâleur	Pesant. noct.	F.P.	4 cm.
14	71	H.	Léger	Fatigue	Epig. Demi-Tard.	P.C.	< 1 cm.
3	78	H.	5 kg.	Nausées Pituitos	Epig. Demi-Tard.	P.C.	
88		H.	15 kg	0	Epig. Tardives	F.P.	
90	50	H.	8 kg	Anorexie	Epig. Tardives	P.C.	4 cm.
91	52	H.	Moyen	0	0	P.C.	1 cm.
92	60	H.	Moyen	0	Précordiales	P.C.	1 cm.
98	54	H.	4 kg.	Méloena (Hém. anc.)	0	F.A.	2 cm.

L'âge dépasse 50 ans le plus souvent.

35 % des femmes sont représentées pour 17 % des hommes.

variable : il peut être léger ou dépasser 10 kilos, et même réaliser une véritable cachexie. Il est intéressant de noter que, dans 4 % des ulcères, il en constituait le signe révélateur. On l'observe 2 fois plus souvent chez la femme et presque toujours après 50 ans. C'est un signe d'autant plus utile qu'il accompagne une fois sur deux des douleurs atypiques et permet alors d'attirer l'attention sur le tube digestif.

Son existence ne semble guère dépendre du siège de l'ulcère. Tout au plus est-il un peu plus fréquent dans les ulcères à petite courbure (27 %) que dans les ulcères des faces (18 %), surtout de la face antérieure (12 %).

Il faut noter d'ailleurs que l'origine de l'amaigrissement est souvent psychique : le malade ne mange pas de peur de réveiller sa douleur, même lorsqu'elle est tardive ou calmée par les aliments.

Les autres signes généraux, anémie, asthénie, sont beaucoup plus rares que l'amaigrissement (environ 4 % des ulcères).

Nous n'avons observé que 3 ou 4 cas d'asthénie en tout, et encore dans un cas s'agit-il d'un malade de 71 ans, dans un autre d'une malade ayant maigri de 20 kilos.

L'anémie ne semble guère plus fréquente en dehors de complications hémorragiques. Il est vrai que les numérations globulaires n'ont pas été effectuées systématiquement.

Les signes digestifs

Le quart des ulcères sous-cardiaux est accompagné de signes digestifs, en particulier les ulcères de la face antérieure (35 %). Leur intérêt est d'attirer l'attention sur le tube digestif en cas de douleurs atypiques, et quelquefois, mais rarement, de soupçonner une lésion cardio-oesophagienne (dys-

phagie, rejet pituiteux). A cet égard, on peut en distinguer deux sortes :

- (- les signes cardio-oesophagiens,
- (- les signes digestifs banaux.

- Les signes cardio-oesophagiens sont représentés par la dysphagie, les pituites, les hoquets, les éructations. On pourrait y ajouter les signes de reflux oesophagien, en particulier le pyrosis provoqué ou accentué par le décubitus et la compression abdominale ; mais nous ne l'avons observé qu'une seule fois, et encore s'agissait-il d'une malade ayant subi récemment une cholécystectomie, donc susceptible de présenter des modifications anatomiques intéressant la suspension du cardia, sans négliger le fait que le reflux peut s'observer dans les affections des voies biliaires.

La fréquence des signes oesophagiens est d'ailleurs assez faible, de l'ordre de 10 %. Nous les avons observés quels que soient l'âge et le sexe des malades, quelle que soit la localisation de l'ulcère, en particulier sa distance du cardia qui variait de 1 à 4 cm. Par contre, ils faisaient souvent partie d'un tableau clinique atypique.

La dysphagie existait dans 3 % des ulcères, une fois isolée, deux fois accompagnant une douleur tardive épigastrique ou une douleur rétro-sternale continue. Dans ces trois cas, il s'agissait d'un ulcère de la petite courbure situé à 1, 2 ou 4 cm. du cardia. Dans les deux formes douloureuses, l'ulcère était accompagné d'un oedème si important qu'il dépassait le cardia et empiétait sur l'oesophage, déformant l'orifice. Cependant, il n'existait pas de reflux et il est probable que la dysphagie ne faisait que traduire l'atteinte de la muqueuse oesophagienne par l'oedème. Dans le troisième cas de dysphagie, d'ailleurs peu nette et isolée, il existait une biloculation serrée de l'estomac.

- Les signes digestifs banaux, tels que nausées, vomissements, anorexie, ne sont pas plus fré-

quents que les précédents puisqu'ils n'existent également que dans 10 % des ulcères, ulcères de la petite courbure d'ailleurs 7 fois sur 10. Cependant, il ne faut pas les négliger, puisque, dans un cas, le seul signe révélateur de l'ulcère était une anorexie.

Nous avons enfin observé, dans 5 % des ulcères et uniquement chez les femmes, des signes variés tels que glossite, étouffements, élancements, ballonnements, sans compter les splénomégalias accompagnant les hémorragies. Ces signes sont évidemment ininterprétables et risquent d'égarer le diagnostic.

En résumé, l'intérêt des signes associés est d'être parfois révélateurs ; le plus fréquent est l'amaigrissement et ensuite l'anorexie. Quant aux troubles cardio-oesophagiens, ils semblent bien traduire l'atteinte de l'oesophage par l'œdème plus que l'existence de l'ulcère lui-même.

Il nous reste à parler des hémorragies, bien qu'elles soient plutôt considérées comme des complications ; mais nous allons voir qu'elles peuvent être assez souvent le signe révélateur de l'ulcère.

LES HÉMATÉMÈSES

Nous n'avons étudié ni les hémorragies occultes, ni les méloena, car leur existence et leurs caractères sont difficiles à faire préciser par les malades, ou délicats à mettre en évidence. Beaucoup passent certainement inaperçus, et, dans ces conditions, notre étude ne serait guère valable.

Par contre, nous avons relevé 13 cas d'hématémèses au cours de nos 95 observations, soit une proportion de 13,7 %, contre 7,5 % environ dans les autres ulcères gastriques.

Les hématémèses seraient donc deux fois plus fréquentes dans les ulcères sous-cardiaux ; mais leur répartition n'y est pas uniforme, car elle dépend de plusieurs facteurs :

- En premier lieu, l'âge du malade : entre 30 et 50 ans, un ulcéreux sur 4 vomit du sang, alors qu'entre 50 et 70 ans il n'y en a plus qu'1 sur 10. Ajoutons que, dans nos observations, le plus jeune avait 32 ans et le plus âgé 65.

- Les hommes sont un peu plus atteints que les femmes : 15 % au lieu de 10 %.

- Le siège de l'ulcère intervient également : l'ulcère des faces saigne 2 fois plus souvent que l'ulcère de la petite courbure.

- Ulcère de la face antérieure : 25 % d'hématémèses.
- Ulcère de la face postérieure : 25 % "
- Ulcère de la petite courbure : 12,5 % "

- Par contre, la taille de l'ulcère est sans influence. Voici les différentes tailles des ulcères au cours des hémorragies observées :

5 mm.	1 fois
8 mm.	2 fois
10 mm.	1 fois
15 mm.	2 fois

LES HÉMATÉMIÈSES

Ob.	Sexe	Age	Quantité	Nombre	Alter- nant avec méloena	Douleur	S.G.	Autres signes	Siège de l'ulcère	Taille	Date de la 1re hém. dans l'évo- lution	Gastrite	Autres affections associées
78	H.	32	Abondante	Multiple	Ouf	0	0	Spléno- mégalie	F.P. 2 cm. du cardia		Début	Oedémat. Pul-tacée	
64	H.	40	Abondante	Unique	Non	0	0	0	P.C. > 1 cm.	8 mm.	Début	Oedémat. Pul-tacée	
62	H.	48	Abondante	Unique	Non	Tr. forte	0	0	F.P.	8 mm.	2 ans	Oedémat.	
66	H.	38	Abondante	Multiple	Ouf	Epig.	0	0	F.P. 5 cm.		Début	Ulcer., oed., pul-tacée	
61	H.	47	Moyenne	Unique	Non	Minimes 3 sem.	0	0	F.A. 5 cm.	10 mm.	Début	0	Ulcer. du P.P.
54	H.	47	Moyenne	Multiple	Ouf	0	Anémie	Spléno- mégalie	F.P. 4 cm.	15 mm.	Début	Oedémat.	
34	H.	36	Moyenne	Multiple	Non	Pesant.	Anorexie Amaigr.	0	P.C.	15 mm.	15 ans	Oedémat.	
98	H.	45	Moyenne	Unique	Ouf	0	Amaigr.	0	F.A. 2 cm.		15 ans	Oedémat. Erythem.	
28	H.	65	Petite	Unique	Non	Tr. forte	0	0	P.C.	20 mm.	Début	Oedémat.	
33	H.	54	Moyenne	Unique	Non	Parfois tr. viol.	Amaigr.	0	P.C. 2 cm.	20 mm.	4 ans	Oedémat.	
46	F.	47	Moyenne	Unique	Non	8 jours avant	0	0	P.C. < 1 cm.	40 mm.	Début	0	2 ulcers associés
16	F.	59	Petite	Unique	Non	Nausées Dou. G.	Anorexie	Chol. lithia.	F.P.	30 mm.	Début	Oedémat.	
17	F.	63	Abondante	Unique	Non	0	0	0	F.A.	40 mm.	Début	Oedémat.	

20 mm.	2 fois
30 mm.	1 fois
40 mm.	2 fois.

- L'âge de l'ulcère, par contre, a une très grande influence : dans 70 % des cas, en effet, l'hématémèse est une manifestation du début. Voici comment se répartissaient les cas observés :

- 9 fois au début des manifestations,
- 1 fois après 2 ans d'évolution,
- 1 fois après 4 ans d'évolution,
- 2 fois après 15 ans d'évolution.

L'hématémèse peut d'ailleurs être le seul signe révélateur de l'ulcère. Cinq fois sur treize, en effet, elle est survenue sans être précédée ni suivie de douleurs. En particulier, deux fois le diagnostic est resté méconnu assez longtemps pour permettre aux hématoméses de se répéter et d'alterner avec du melaena sans aucun autre signe qu'une anémie et une splénomégalie. En particulier, les examens radiologiques ne montraient aucune image anormale de l'estomac. On conçoit, dans ces cas, la difficulté du diagnostic. De fait, ce n'est qu'après 2 ans et 8 ans d'évolution respective de ces syndromes hémorragiques que la gastroscopie enfin pratiquée a révélé dans les deux cas la présence d'un ulcère sous-cardial de la face postérieure.

Mais, heureusement, l'hémorragie n'est pas toujours isolée. En effet, dans plus de la moitié des cas (56 %), elle était accompagnée de douleurs :

- tantôt douleurs très minimes et de courte durée, précédant ou suivant l'hématémèse, pendant quelques jours seulement (16 %) ;
- tantôt au contraire douleurs très vives et tenaces (24 %) ;
- tantôt enfin douleurs plus banales (16 %).

Il faut remarquer que l'atteinte de l'état général, l'amaigrissement surtout, n'est pas plus fréquente dans ces formes hémorragiques que dans les autres ulcères sous-cardiaux (23 %).

Elle semble d'ailleurs sans rapport avec la spoliation sanguine, car, dans tous les cas, elle accompagnait de vieux ulcères, évoluant depuis plusieurs années avant l'apparition de l'hémorragie.

Les hématomés sont pourtant rarement d'importance minime (1 fois sur 13). Le plus souvent, elles sont au contraire abondantes (5 fois sur 13), ou moyennes (7 fois sur 13). Mais il est vrai qu'elles sont généralement uniques (70 % des cas). Lorsqu'elles se répètent, elles alternent alors avec du méléna et peuvent s'accompagner, comme nous l'avons vu, de splénomégalie.

Enfin, il est intéressant de noter que, 11 fois sur 13, l'ulcère était accompagné d'une gastrite oedémateuse et que, dans les deux autres cas, où il n'existait pas de gastrite, il existait par contre 1 ou 2 autres ulcères gastriques associés à l'ulcère sous-cardial. Ce fait semble bien souligner l'importance de la poussée inflammatoire dans l'étiologie de l'hématémèse.

En résumé, les hématomés semblent plus fréquentes dans les ulcères sous-cardiaux que dans les autres ulcères gastriques. On les observe d'ailleurs 2 fois plus souvent, soit dans le quart des ulcères, chez les malades jeunes et dans les ulcères des faces. Mais elles ne semblent avoir aucun rapport avec la taille de l'ulcère. Surtout, dans les trois quarts des cas, c'est au début des manifestations qu'elles apparaissent, et elles peuvent même être le seul signe révélateur de l'ulcère (40 % des hématomés, 5 % des ulcères).

Dans plus de la moitié des cas, elles sont précédées ou suivies de douleurs épigastriques plus ou moins vives. Malgré leur abondance souvent importante, il est rare qu'elles s'accompagnent d'amaigrissement, qui ne s'observe d'ailleurs que dans les vieux ulcères. Par contre, il existait presque toujours une gastrite oedémateuse associée, ou sinon un deuxième ulcère, témoins d'une poussée inflammatoire particulièrement importante et probablement responsable de l'hémorragie.

LES PRINCIPAUX ASPECTS CLINIQUES

De l'ensemble de cette analyse clinique, on peut retenir que l'ulcère sous-cardial se présente sous plusieurs aspects :

Forme habituelle.

Dans la grande majorité des cas, en moyenne 6 fois sur 10, le tableau est celui d'un ulcère gastrique classique : le malade présente des crampes épigastriques, sans irradiations, à horaire tardif, c'est-à-dire survenant 4 heures après les repas, ou quelquefois semi-tardif, mais il est rare que les douleurs soient précoces ou continues. Le plus souvent, il n'y a pas de signes associés ; lorsqu'il y en a, on peut observer un amaigrissement ou des troubles digestifs banaux, tels qu'anorexie ou nausées, ou parfois une hématomèse (8 % des ulcères), surtout lorsqu'on est au début de l'affection et que l'ulcère siège sur une face. Enfin, il existe presque toujours une périodicité nette, les douleurs évoluant par crises, séparées par des intervalles de repos plus ou moins longs.

Ce tableau peut s'observer même lorsque l'ulcère siège au bord même du cardia. Il est donc assez différent du tableau théorique de douleurs précoces rétro-sternales irradiant vers le haut, accompagnées d'éruclatations et de rejets pituitaux.

Forme indolore.

Il existe cependant des cas où l'ulcère ne donne pas de douleurs, soit 1 fois sur 10. Mais il se manifeste alors par des hématomèses isolées (5 % des ulcères), ou par des troubles de l'état général isolés tels qu'anorexie ou surtout amaigrissement.

Dans tous ces cas, le diagnostic peut être très difficile, car la radio elle-même peut donner des résultats négatifs, et ce n'est alors que la

gastroscopie qui peut révéler l'ulcère.

Enfin, restent 25 à 30 % des ulcères dont la douleur est atypique et polymorphe. Dans ces cas, entrent d'ailleurs plus de la moitié des femmes de nos observations, soit 55 % contre 16 % seulement des hommes. Les ulcères des faces y sont également en proportions plus importantes que ceux de la petite courbure.

On peut répartir ces cas atypiques en deux groupes :

- En premier lieu, les douleurs de siège atypique, qui représentent environ 10 % des ulcères, et dont nous avons dressé plus haut un tableau résumé. Rappelons que la douleur y revêt les aspects les plus variés, depuis la douleur précordiale, jusqu'à la lombalgie isolée. Il s'agit presque toujours de femmes âgées et d'ulcères situés à moins de 1 cm. du cardia.

Dans ce groupe, il faut souligner la forme pseudo-angoreuse, de diagnostic particulièrement délicat, puisque la douleur est précordiale et que la radiologie peut ne rien révéler. Ajoutons que, dans les deux cas observés, les malades avaient dépassé la soixantaine.

- Le deuxième groupe est plus important et représente environ 20 % des ulcères. Le siège de la douleur est épigastrique; mais au lieu de crampes tardives, les malades se plaignent de brûlures ou parfois de pesanteurs, souvent semi-tardives, parfois précoces ou continues, quelquefois accompagnées de pituites ou d'éruclatations, revêtant plus une allure gastritique ou dyspeptique qu'une allure ulcéreuse.

Ces formes dyspeptiques sont d'autant plus trompeuses qu'on les observe assez souvent chez des femmes qualifiées de nerveuses et que la radiologie peut, là encore, montrer un estomac normal. Rien d'étonnant que ces formes évoluent parfois pendant de nombreuses années, telle l'observation N° 56 où

la malade, âgée de 44 ans, souffrait de façon intermittente, depuis 20 ans, de brûlures épigastriques survenant une demi-heure après les repas et ne présentant à l'examen qu'une glossite rosée. Naturellement, les radios n'avaient jamais rien montré d'anormal. Pourtant, la gastroscopie révélait, outre une gastrite mamelonnée très légère des faces, à la face postérieure, à 5 mm. du cardia, un ulcère de 1 cm.5 de diamètre, entouré d'une zone oedématisée lui donnant un aspect en cratère. Ulcère qui guérit rapidement et pour longtemps, puisque, 10 ans après, le quatrième examen gastroscopique de contrôle ne montrait toujours rien.

Pour en terminer avec les formes atypiques, il nous faut ajouter que celles-ci peuvent, dans 5 % des cas environ, revêtir une séméiologie cardio-oesophagienne :

- soit brûlures épigastriques d'horaire variable, accompagnées d'éruclatations et de renvois, mais sans reflux ;
- soit douleurs variables, accompagnées de dysphagie.

Nous avons ainsi pu retrouver une observation (sur 95) dont la séméiologie se rapprochait de celle décrite généralement pour les ulcères sous-cardiaux.

"Madame B..., âgée de 64 ans, présente une douleur rétro-sternale avec étouffements, accompagnée de renvois pénibles toute la journée et d'une dysphagie intermittente.

"Les clichés radiologiques de l'estomac montrent, sur un film, une niche estompée, à peine indiquée, qui n'a été reconnue d'ailleurs qu'après la gastroscopie. Celle-ci révélait un oedème important du fondus allant en augmentant jusqu'au cardia, pour former un véritable rétrécissement à ce niveau. Au ras du cardia, chevauchant la petite courbure, existait un grand ulcère de 2 cm. de diamètre, très creux, en partie escamoté dans une bourse profonde ; l'ulcère était entouré d'un formidable rempart d'oedème effaçant la limite du cardia et empiétant lar-

gement sur l'oesophage".

On voit qu'il s'agissait bien d'un ulcère juxta-cardial, mais qu'il existait aussi une inflammation concomitante de la muqueuse oesophagienne. N'était-ce pas, plutôt que l'ulcère lui-même, la raison des troubles inhabituels présentés par la malade ?

°
° °

En conclusion, l'ensemble de cette étude clinique nous montre que l'ulcère sous-cardial n'a pas de signes cliniques propres.

Il est situé, en effet, dans une zone de transition, à la frontière de deux organes. Cette zone appartient sans doute, par ses caractères histologiques, à l'organe le plus différencié, c'est-à-dire l'estomac. Mais nous avons vu que, par sa vascularisation et son innervation, elle se rattache plutôt à la région thoracique du tube digestif moins différenciée.

Il en résulte que tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, l'ulcère sous-cardial présente les signes classiques de l'ulcère gastrique, tantôt, dans un tiers des cas, il présente au contraire des signes d'emprunt variables, jamais les mêmes, qui ne permettent pas d'orienter le diagnostic.

Quelles sont les influences qui peuvent faire évoluer la symptomatologie vers celles de l'ulcère classique, ou au contraire vers l'atypie ?

Il semble logique de penser que l'atypie prévaudra lorsque la part du système nerveux végétatif extrinsèque sera prépondérante, donc dans les régions qui lui sont plus étroitement soumises, près du cardia, à la face postérieure, et chez les malades où son excitabilité est plus forte. Peut-être est-ce pour cette dernière raison que nous avons vu

intervenir des facteurs généraux comme le sexe ou l'âge dans la modalité des signes.

De toute façon, que la clinique soit atypique ou non, on sait qu'il est nécessaire de compléter les renseignements qu'elle apporte par d'autres examens, principalement radiologiques et souvent gastroscopiques.

- III -

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

- LIMITE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LA RADIOLOGIE.
 - LES PRINCIPALES IMAGES OBSERVÉES.
 - LES CAUSES D'ERREURS.
-

L'examen radiologique de l'ulcère sous-cardial est difficile, car, d'une part cette région de l'estomac n'est pas facile à explorer, d'autre part l'ulcère lui-même donne parfois des images inhabituelles ou trompeuses susceptibles de fausses interprétations.

La région sous-cardiale est difficile à explorer pour deux raisons :

- C'est d'abord un lieu de passage, difficile à remplir. Il est pratiquement toujours vide en station debout, alors qu'au contraire en décubitus sa réplétion, comme celle de la grosse tubérosité, devient trop importante et masque les petites modifications de la muqueuse.

- En deuxième lieu, la présence du gril costal empêche la compression directe de la région, soit qu'on veuille en station arrêter la baryte à sa hauteur, soit qu'on veuille au contraire en décubitus diminuer l'épaisseur de baryte par écrasement.

Diverses techniques ont cherché à remédier à ces inconvénients. Rappelons que la position en Trendelenburg ne montre rien, car elle obscurcit trop la région.

La méthode la plus favorable semble être l'exploration en couche mince sous morphine :

1- en station verticale légèrement oblique pour voir la face postérieure ;

2- en procubitus pour montrer la face antérieure ;

3- en décubitus dorsal et en obliques gauches postérieures et antérieures.

Il ne faut pas oublier, d'autre part, que la disposition normale des plis de la région cardiale est différente de celle des autres régions. Ces plis, en effet, convergent normalement vers l'orifice cardial, sauf ceux qui sont le long de la petite courbure et qui lui restent parallèles. Il ne

faut donc pas prendre cette convergence pour un signe indirect de l'ulcère. Cependant, même avec ces techniques, 30 % des ulcères que nous avons observés sont restés invisibles sur des radiographies ne présentant par ailleurs aucune anomalie.

Dans d'autres cas, l'ulcère s'est traduit par des images anormales ou trompeuses, probablement du fait de l'importance des réactions oedémateuses ou spasmodiques qu'il détermine habituellement. Voici d'ailleurs les résultats des examens radiologiques pratiqués dans nos 95 observations :

- Radiographies normales : 30 %
- Niches ulcéreuses : 56 %
- Images trompeuses ou atypiques : 14 %

La radio ne permet donc le diagnostic que dans un peu plus de la moitié des cas seulement. Il faut souligner la constance de cette proportion, quelle que soit la position de l'ulcère, comme le montre le tableau suivant :

	P.C.	F.A.	F.P.	< 1 cm.
Niches	57,5 %	56 %	52 %	60 %
Radiographies normales	20 %	35 %	44 %	26 %
Images atypiques	22,5 %	9 %	4 %	14 %

Seule change la proportion de radios normales: elle est, en effet, le double pour les ulcères des faces, où il y a, par contre, moins d'atypies que dans les ulcères de la petite courbure.

Comment expliquer une si forte proportion de radiographies normales dans les ulcères sous-cardiaux ? Peut-être par l'importance des réactions associées qui masquent l'ulcère : gros oedèmes ou fausses membranes obturant la niche. La forme de

l'ulcère intervient également ; la moitié des radios normales concernait les ulcères très plats ou fissuraires. Dans le reste des cas, il existait une fausse membrane ou de gros lobes oedémateux enserrant l'entrée de l'ulcère.

LES PRINCIPALES IMAGES OBSERVEES

Quelles sont les images qui peuvent permettre le diagnostic d'ulcères sur les radiographies ? Ce sont évidemment les niches, mais ce terme unique désigne en réalité des images très variées.

Les niches.

Ces niches semblent siéger de 3 à 5 cm. au-dessous du cardia et pour la plupart sur la petite courbure (48 sur 54), même lorsqu'il s'agit d'ulcères des faces. Cela tient évidemment à ce que l'on appelle petite courbure, sur les radiographies, la limite droite de l'ombre gastrique, quellesque soient l'incidence des rayons et la position réelle de la petite courbure anatomique. D'où un désaccord fréquent sur la position de l'ulcère entre la radio et la gastroscopie. Ce désaccord existe d'ailleurs également dans le sens de la hauteur, car les radios sont souvent prises sur l'estomac en position verticale, alors que la gastroscopie s'effectue sur le malade en décubitus latéral gauche.

Aspects.

La forme des niches observées peut être très variable :

- irrégulière ou non,
- arrondie ou triangulaire,
- en plateau ou pédiculée,
- en retrait ou même encastrée,
- en taches suspendues,
- en dôme plus ou moins surbaissé ou en épine (rare, parfois avec plis radiants).

Taille.

La taille est également variable, en moyenne de 10 à 15 mm. ; mais nous avons observé des niches énormes : 5 cas, dont 1 de la grande courbure. Nous verrons qu'elles peuvent prêter à erreur avec un récessus.

Les signes indirects.

Nous avons observé très peu de signes indirects. Une fois, une encoche spasmodique ; une autre fois, une biloculation haute, accompagnaient la niche. Une autre fois, il existait une image de stase oesophagienne : le sommet de l'estomac apparaissait largement clivé comme d'un coup de hache, avec une niche à la lèvre postérieure du bloc antérieur. Quelquefois enfin, la niche était associée à une lacune ou alternait avec elle selon les clichés.

LES CAUSES D'ERREURS

Les images pseudo-néoplasiques, en effet, constituent la grande part des images trompeuses de l'ulcère sous-cardial. Elles sont dues, évidemment, à l'importance de l'oedème qui accompagne l'ulcère et que l'on découvre à la gastroscopie. Nous avons ainsi observé, en l'absence de toute niche :

- 3 lacunes ;
- un aspect grignoté de la petite courbure sur 3 cm. ;
- 2 aspects marécageux du 1/3 supérieur de la petite courbure ;
- une rigidité de la petite courbure sous-cardiale sur 3 cm. ;
- un dédoublement de la petite courbure avec différence de tonalité ;
- enfin, une diminution du calibre antral, bien que l'ulcère fût tout près du cardia à la gastroscopie. Mais il existait un gros oedème généralisé.

Les images lacunaires peuvent d'ailleurs traduire un oedème angioneurotique, et un examen complet avec interrogatoire du malade, à propos de ses réactions allergiques, pourra alors faire rejeter l'hypothèse de cancer ou d'ulcère, tout en sachant cependant qu'il peut exister un syndrome allergique concomitant à l'ulcère, tel qu'oedème de Quincke, urticaire, asthme, aphtose, prurits divers.

Une autre cause d'erreur que nous avons rencontrée 4 fois est l'existence d'une image d'ulcère dans une autre région, alors que l'ulcère sous-cardial reste invisible. Deux fois, la radio montrait une image d'ulcère duodénal, deux fois une image d'ulcère gastrique. Dans un cas, il existait 3 ulcères gastriques, dont l'un était situé sous le cardia, l'autre sur la face antérieure, alors que le troisième était sus-angulaire. Seul ce dernier était visible à la radio.

Enfin, une autre fois, alors que la radio montrait une niche à 3 cm. au-dessous du cardia, la gastroscopie révélait un ulcère du tiers inférieur de la face postérieure fondique...

Tous ces faits montrent les difficultés que l'on peut rencontrer dans l'interprétation des clichés radiologiques et l'utilité de les compléter par la gastroscopie. Mais les images néoplasiques et les ulcères multiples ne constituent pas les seules causes d'erreurs.

L'ulcère de l'oesophage abdominal se reconnaît à ce qu'il est nettement au-dessus de l'angle de His.

Il en est de même des diverticules de l'oesophage sous-cardial. Nous en avons observé un nettement visible sur la radio, alors que l'ulcère juxta-cardial qui l'accompagnait était, lui, invisible.

Les niches largement encastrées peuvent éga-

lement poser un problème d'interprétation, car nous en avons observé dans d'authentiques ulcères bénins.

D'autres fois, la radio hésite entre niche et récessus. Le radiologue a déclaré la radio normale, ayant pris une niche pour un récessus, alors que la gastroscopie montre un ulcère. C'est d'ailleurs la conclusion inverse qui a lieu le plus souvent.

Le récessus se présente en général au-dessous du cardia sur la petite courbure. Il est en dôme, le plus souvent surbaissé, présentant une base large non pédiculée, et se trouve inséré dans une angulation haute de la petite courbure.

Dans certains cas d'interprétation difficile, mais rares, il ne se voit qu'en oblique antérieure droite, et peut être confondu facilement avec une niche ulcéreuse de la face postérieure.

Les diverticules donnent des images pédiculées, nettes, ne ressemblant en rien à une niche ulcéreuse. Cependant, celle-ci peut former une image en dôme arrondi, parfois très extériorisée. Mais le diverticule a un pédicule souvent très étroit et des contours plus précis.

Le schwannome ulcéré à son centre donne une grosse image lacunaire régulière, de la dimension d'un grain de raisin à une mandarine, et la tunnelisation du centre de la tumeur forme une tache centrale plus ou moins importante.

Enfin, il faut éviter de prendre pour une niche véritable la protrusion plate de la petite courbure sous-cardiale, filmée au ras du niveau supérieur de la baryte.

En résumé, on voit que l'examen radiologique est loin de pouvoir toujours trancher les problèmes diagnostiques que pose l'ulcère sous-cardial.

Même bien interprétées, les radiographies ne

montrent l'ulcère que dans la moitié des cas. Quelquefois, c'est vers une néoplasie qu'elles peuvent orienter à tort le diagnostic et le médecin doit être prévenu de la signification ambiguë d'une image lacunaire, dans la région sous-cardiale.

Enfin, une fois sur trois, la radiologie fausement rassurante ne montre rien d'anormal. Ce sont sans doute les cas les plus trompeurs, car on peut être tenté de ne pas pousser plus avant les investigations, surtout si les signes cliniques sont atypiques, ce qui est loin d'être rare. Ce sera pourtant dans ces cas que la gastroscopie prendra toute sa valeur.

- IV -

LES DONNÉES DE LA GASTROSCOPIE

- LES DIFFICULTÉS DE L'EXAMEN.
 - LE CARACTÈRE DES LÉSIONS.
 - LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.
-

LA GASTROSCOPIE

Les défaillances de la clinique et de la radiologie dans le diagnostic de l'ulcère sous-cardial nous ont montré l'importance de l'examen gastroscopique, dont on peut résumer ainsi les principales indications :

1- Les symptômes digestifs ou généraux isolés et inexpliqués, tels qu'un amaigrissement, une anémie, une anorexie, une hémorragie digestive, hématé-mèse en particulier.

2- Les troubles dyspeptiques et les douleurs gastriques atypiques, persistant malgré l'aspect rassurant de radiographie normale.

3- Les images radiologiques atypiques, douteuses, suspectes ou prêtant à hésitation, en particulier lorsqu'elles intéressent la région sous-cardiale.

Nous ne parlerons ni de la technique, ni de l'anatomie gastroscopique de l'estomac, dont il existe d'excellentes descriptions et qui restent valables pour l'étude de la région sous-cardiale. Rappelons d'ailleurs que ne fait pas partie de cette région, donc de cette étude, la poche à air gastrique ou grosse tubérosité, qui est pratiquement inexplorable par le gastroscope.

Les difficultés de l'examen.

Par contre, il nous faut insister sur les nombreuses difficultés que rencontre la gastroscopie, lorsqu'il existe un ulcère sous-cardial, difficultés qui peuvent rendre parfois cet examen impossible.

On connaît déjà les contre-indications générales de la gastroscopie, telles que déformations rachidiennes, goîtres, diverticules oesophagiens, ecta-

sie aortique. On sait, d'autre part, qu'il est prudent d'opérer près d'un milieu chirurgical, car les perforations, si elles sont très rares, restent possibles, même entre les mains les plus expertes. Enfin, une bonne préparation du malade est nécessaire, et des médicaments sédatifs et antispasmodiques, tels que le nargenol, la scopolamine, l'atropine, triomphent généralement des difficultés que peuvent présenter certains malades par leur nervosité.

On peut d'ailleurs, à titre d'essai préalable, introduire une sonde à mercure avant le gastroscope.

Les premières difficultés sont, en effet, celles d'introduire l'appareil dans l'estomac, du fait des spasmes ou de l'œdème de la région cardio-œsophagienne, particulièrement fréquents en cas d'ulcère sous-cardial.

Après un arrêt à la hauteur du diaphragme, à l'épicardia, on peut être gêné par les spasmes ou l'œdème du "couloir cardia" (MOUTIER). C'est, en effet, un véritable couloir que doit franchir le gastroscope, sur 3 à 5 cm., et qui est constitué par l'œsophage abdominal, le cardia et la valvule de Gubároff.

Ce couloir peut être rétréci et prolongé par un œdème important, raidissant la valvule de Gubároff, bombant la muqueuse en regard. L'objectif n'y passe alors qu'à frottements ou parfois après avoir marqué un ressaut. Dans certains cas même, toute progression est impossible.

D'autres fois, c'est le spasme qui fait obstacle. Le cardia est, en effet, rarement spontanément béant ; son obturation est généralement transitoire et est à distinguer de celle provoquée par des spasmes étagés violents, provoquant une biloculation persistante, empêchant toute progression de l'appareil.

Un dernier obstacle enfin peut être dû à la butée de l'objectif contre une de ces tumeurs inflammatoires si souvent observées dans les ulcères sous-cardiaux.

Quelle est la fréquence de toutes ces difficultés ?

Dans nos observations :

- le spasme serré existait seul dans 20 % des cas ;
 - l'oedème du couloir cardial, dans 10 % des cas ;
 - les deux associés (oedème et spasme), dans 10 % des cas ;
- soit au total 40 %.

On voit que, 4 fois sur 10, l'introduction de l'appareil a été gênée ou empêchée par l'oedème, les spasmes, ou les deux associés ; et, en fait, 10 fois sur 102, soit 1 fois sur 10, l'introduction a été impossible :

- 2 fois, par butée contre une tumeur inflammatoire,
- 4 fois, par spasmes,
- 4 fois, en raison de l'importance de l'oedème.

A ces difficultés, il faut ajouter celles que peut rencontrer l'examen une fois le tube introduit.

Là encore, on peut se heurter aux spasmes, soit qu'il enferme l'objectif dans une chambre hermétique, soit qu'il escamote la lésion dans une bourse de contractions.

Mais c'est surtout l'oedème que l'on rencontre, sous ses différents aspects :

- tantôt, en effet, il forme une masse tumorale gênante, entourant l'ulcère, qui est réellement perdue entre ses bossures et devient difficile à découvrir ;

- tantôt, c'est une masse énorme, parfois translucide, qui barre la vue comme un rempart, ou qui est disposée de telle façon que le rayon visuel passe en frisant la lésion, sans pouvoir examiner l'intérieur de la cavité ulcéreuse. On voit un puits, sans que le regard puisse en atteindre le fond ;

- d'autres fois enfin, la masse oedémateuse dévie l'appareil et l'empêche d'explorer la région.

D'autres causes d'ailleurs, quoique moins fréquentes que le spasme ou l'oedème, peuvent empêcher de voir l'ulcère. En premier lieu, le sang peut former un véritable voile masquant la lésion, et il peut en être de même pour les mucosités. Les débris alimentaires, les fausses membranes, l'hypermyxie.

C'est ainsi que, dans nos observations, l'ulcère est resté 8 fois invisible. Les raisons en étaient les suivantes :

- Oedème, 5 % des cas.
- Sang, 2 % des cas.
- Hypermyxie, 1 % des cas.

Enfin, une dernière cause d'échec est représentée par un examen insuffisamment consciencieux : certaines lésions, en effet, peuvent échapper, non parce qu'elles sont invisibles, mais parce qu'elles n'ont pas été vues ! C'est d'ailleurs souvent en fin d'examen qu'on découvre la lésion jusqu'alors invisible.

On voit donc, en résumé, qu'une fois sur 5 environ la gastroscopie échoue dans la recherche de l'ulcère, soit par impossibilité d'introduction de l'appareil, soit par impossibilité d'examen.

On peut, certes, remédier en partie à ces difficultés en répétant les examens. Ainsi, pour les 95 ulcères observés, 102 gastroscopies ont été pratiquées, et finalement l'ulcère a été vu 80 fois, soupçonné 8 fois. Restaient donc 7 échecs complets.

A toutes ces causes d'échecs, il faut d'ailleurs ajouter celles dues à des difficultés de diagnostic, que nous examinerons plus loin. Voyons d'abord comment se présentent les lésions.

Le caractère des lésions

L'ulcère sous-cardial se présente sous des aspects variés, mais il est surtout caractérisé par

les lésions qui l'accompagnent, en particulier par l'œdème et la congestion de la muqueuse. Nous envisagerons successivement ces différents caractères.

1- L'ulcère.

Nous avons déjà vu les différents sièges de l'ulcère et leur fréquence respective : rappelons que, pour un ulcère de la face antérieure, il y en a 2 à la face postérieure et 4 à la petite courbure.

La distance de l'ulcère au cardia est très variable, sans que l'on puisse distinguer de zones plus atteintes que d'autres. Voici le tableau de fréquences de celles qui étaient précisées dans nos observations :

-	Ulcères situés à moins de 1 cm. du cardia		16
-	" " entre 1 et 2 cm.		12
-	" " " 2 et 3 cm.		9
-	" " " 3 et 4 cm.		9
-	" " " 4 et 5 cm.		13

Nous avons déjà remarqué qu'il pouvait y avoir parfois un désaccord sur le siège, entre la gastroscopie et la radiographie, du fait que la gastroscopie s'effectue sur un malade en décubitus latéral gauche, position qui tasse et raccourcit l'estomac et rapproche les lésions de l'oeil. Mais, en fait, ces différences sont peu fréquentes.

Taille.

Le diamètre moyen des ulcères est difficile à préciser. Le plus souvent, il est voisin de 1 cm.; mais il existait de nombreux ulcères géants, de 3 à 4 cm. de diamètre, plus ou moins profonds, quelquefois presque plats, et, dans ce cas, à bourrelets peu accusés.

Diamètre de l'ulcère	5 mm.	8 à 10 mm.	15 mm.	20 mm.	25 mm.	30 mm.	40 mm.
Nombre	7	16	12	5	1	6	7

Forme.

La forme de l'ulcère est également très variable. Il peut être plat, en médaillon, ou au contraire extrêmement creux, cavitaire pour reprendre une expression de CRUVEILHIER lui-même. Dans d'autres cas, il revêt un aspect oupuliiforme, perdu dans l'œdème, ou en furoncle creux. D'autres fois, il a un aspect fissuraire, serpigneux, parfois à bords effilochés par l'élimination d'une escarre. Il peut enfin être caché dans une bourse ou un récessus.

Couleur.

Le fond de l'ulcère est de couleur variable. Le plus souvent, il est blanc ou recouvert d'une fausse membrane blanche, ou d'un enduit pultacé.

D'autres fois, le fond est hématique, rougeâtre ou pourpre, voire violacé.

Plus rarement, il est jaune ou grisâtre, généralement alors en voie de cicatrisation.

Dans 2 cas enfin, le fond présentait une escarre en voie de décollement, partiellement soulevée et mobile.

2- Les signes associés.

L'œdème.

Mais, plus que leur forme ou leur couleur, ce qui caractérise ces ulcères est l'importance de l'œdème qui les entoure. Cet œdème a un aspect variable :

- Quelquefois, c'est un simple bourrelet oedémateux ;

- Le plus souvent, c'est un œdème bombant, en verre de montre, avec l'ulcère au centre. Ce bombement peut être rouge vif et l'ensemble prend alors un aspect de tumeur inflammatoire, parfois phlegmoneux.

- Assez souvent aussi, il s'agit de masses oedémateuses, lobées, donnant un aspect mamelonné, vallonné, autour de l'ulcère qu'elles peuvent plus ou moins dissimuler.

Nous avons déjà vu d'ailleurs que cet oedème peut être assez étendu pour intéresser la valvule de Gubaroff et former un canal allongé, prolongeant le repli cardio-tubérositaire sur la face postérieure, ou se généraliser et rétrécir la cavité gastrique, empêchant même le passage de l'appareil.

Les signes de congestion.

A cet oedème, s'ajoutent souvent d'autres signes inflammatoires de la muqueuse :

- Tantôt c'est une hypermyxie, pouvant aboutir à un véritable ruissellement de la paroi et gêner l'examen ;

- Tantôt, la muqueuse est congestive, fragile, saignotante, entourant l'ulcère d'un liseré carminé ou brunâtre, ou d'une zone bleuâtre et mate de veinules abondantes ;

- Parfois, la réaction inflammatoire est généralisée : le fondus est alors violacé, lie de vin, avec quelquefois des taches purpuriques ponctiformes.

Il y a donc un contraste entre ces ulcères haut situés, qui bombent et qui saignent, et ceux de l'antrum qui ne saignent pas. Cependant, on peut aussi observer quelquefois la muqueuse fondique blanchâtre d'une leucogastrie.

Plis.

Les modifications des plis peuvent encore ajouter à ces tableaux d'irritation :

- Tantôt il existe de gros plis radiants ; tantôt, au contraire, la paroi gastrique est lisse ; mais il est rare, en tout cas, que les plis convergents restent nets. Les plis cérébroïdes peuvent être augmentés ou réduits.

- Enfin, il n'est pas exceptionnel que la région sous-cardiale soit déformée également par une biloculation haute due à l'hypertonie et aux spasmes, ou présenter un récessus au fond duquel, nous l'avons vu, peut se cacher l'ulcère (4 % des ulcères observés).

Les gastrites.

Ainsi, l'oedème, la congestion de la muqueuse ou son atrophie, les modifications des plis, peuvent réaliser différents tableaux de gastrite accompagnant l'ulcère. Pour 100 ulcères, nous avons ainsi observé:

- 44 gastrites oedémateuses,
- 13 gastrites mamelonnées,
- 9 gastrites érythémato-pultacées,
- 5 gastrites ulcéreuses,
- 4 gastrites atrophiques, dont 2 très accentuées.

Certaines de ces gastrites étaient d'ailleurs associées.

Lorsque l'ulcère se cicatrise, l'oedème disparaît, le bourrelet s'efface ; la fausse membrane, quand il y en a une, devient moins homogène et disparaît. Finalement, il reste une tache cicatricielle grisâtre.

Nous avons ainsi observé la cicatrisation d'un grand ulcère en 4 mois.

D'autres fois, il se forme une escarre qui tend à se détacher.

Diagnostic

Nous avons vu l'aspect polymorphe et souvent pseudo-tumoral présenté par l'ulcère sous-cardial et la difficulté qu'il y a parfois à le découvrir au milieu des grosses manifestations inflammatoires associées qu'il déclenche.

Mais si l'on peut passer à côté de l'ulcère, sans le voir, on peut aussi commettre l'erreur de prendre pour un ulcère d'autres lésions qui n'en sont pas.

La première erreur consisterait à prendre pour

un ulcère type Cruveilhier, une gastrite ulcéreuse. Mais alors, il existe en général un groupe d'ulcérations perdues dans une réaction oedémateuse.

Le diagnostic avec un cancer juxta-cardial peut être plus difficile, d'autant plus que l'ulcère peut se traduire radiologiquement par une image lacunaire. En principe, le cancer ulcériforme est une ulcération plate, à contours irréguliers, et lorsqu'elle est creuse, elle est généralement déformée, souvent en lobe d'oreille ou en écaille d'huître. Le fond est hémorragique ou sanieux ; le bourrelet qui la borde est irrégulier et tend à s'évaser. Enfin, le tout repose sur une plaque très largement indurée et infiltrée à bords inégaux. A un stade plus avancé, la rigidité est d'ailleurs telle que souvent la gastroscopie est impossible.

En cas de doute, la surveillance de la lésion à des examens successifs permettra de vérifier souvent sa bénignité, car il ne faut pas oublier que le cancer ulcériforme est rare à la région haute de l'estomac.

Le diagnostic avec un récessus ne prête guère à confusion. Le récessus a une base large, mais n'a ni bourrelet ni modification de la muqueuse. Cependant, l'ulcère peut être logé au fond du récessus.

Le diverticule diffère du récessus par son entrée ponctiforme, à bords très nets, sur un plateau en général lisse. Il est d'ailleurs rare, nous ne l'avons observé que dans 2 % des cas. Dans ces deux cas, il était situé à la partie tout à fait haute de la face postérieure. Une fois seulement, il était visible à la radio.

Parmi les tumeurs bénignes, le schwannome peut prêter à confusion, à cause de son ulcération centrale, faisant d'ailleurs penser surtout à un diverticule ; mais cette ulcération est creusée dans une tumeur arrondie, importante et régulière, à base sessile, se détachant nettement de la paroi.

En fait, tous ces pièges ne posent guère de problèmes pour un oeil exercé. Seul, le cancer ulcériforme peut prêter à hésitation. Ainsi, sur une centaine d'observations, nous avons pu observer 4 ulcères en réalité néoplasiques, et 2 ulcères suspects, mais en réalité bénins.

De toute cette étude, on peut donc retenir que la gastroscopie est d'autant plus utile, dans les ulcères sous-cardiaux, que les radiographies peuvent être normales ou présenter des images pseudo-néoplasiques.

Mais c'est un examen souvent difficile, en raison des spasmes et de l'œdème, particulièrement fréquents dans cette variété d'ulcère qui, dans un cinquième des cas environ, ne peut être vu, soit que l'appareil n'ait pu être introduit, soit que l'examen ait été gêné.

L'ulcère se présente souvent sous l'aspect d'une tumeur inflammatoire, avec de grosses réactions gastritiques de la muqueuse. Il en résulte qu'il peut être difficile à voir, ou dans d'autres cas prêter à confusion avec une lésion néoplasique.

Ajoutons que jusqu'ici il n'a pas été fait de biopsie sous-cardiale, et en cas de doute seule l'évolution ou l'intervention permet de trancher le diagnostic.

- V -

LE DIAGNOSTIC DES ULCÈRES SOUS -CARDIAUX

Nous avons vu, au cours de cette étude, combien les signes de l'ulcère sous-cardial pouvaient être sujets à variations ou à défaillances, tant au point de vue clinique que radiologique et même gastroscopique. Cependant, en confrontant les résultats de l'ensemble des examens, on peut arriver généralement à une conclusion positive.

Au point de vue clinique, l'ulcère n'a pas de signes propres. Six fois sur dix environ, il présente des signes suffisamment évocateurs d'un ulcère gastrique ordinaire pour conduire le médecin à un examen radiologique.

D'autres fois (1 cas sur 10), c'est un symptôme isolé, hématemèse, amaigrissement, ou anorexie, qui doit conduire à la même attitude.

Trois fois sur dix enfin, les signes sont atypiques et trompeurs, et les malades risquent d'attendre longtemps, avant de bénéficier d'un examen du tube digestif plus approfondi, comme cette malade qui avait attendu 20 ans... Si l'on ajoute à cela que, dans les deux tiers de ces cas, les radios s'étaient révélées normales, on peut juger de la persévérance nécessaire pour aboutir au diagnostic. C'est là que des signes associés à la douleur, tels qu'un amaigrissement ou une hématemèse, prennent toute leur importance.

Devant d'ailleurs des troubles qui persistent, et que rien n'explique, ne doit-on pas pratiquer systématiquement toutes les explorations nécessaires, qu'il s'agisse de lombalgie, de douleurs précordiales ou de troubles dyspeptiques ? Car l'intérêt des signes, quels qu'ils soient, est de faire pratiquer des examens complémentaires qui seuls permettront le diagnostic, souvent d'ailleurs par leur association.

La radiographie, en effet, à elle seule, montre une niche dans plus de la moitié des cas. Mais même alors, la gastroscopie est souvent utile, car

la radiographie ne montre pas toujours tout. D'une part, nous avons vu qu'il peut exister plusieurs ulcères, alors qu'une seule niche est visible. D'autre part, la radio rend très mal compte de l'importance des lésions associées, gastritiques en particulier. Enfin, la radio peut montrer des images là où il n'y a pas de lésions, quoique très rarement il est vrai, ou laisser un doute sur l'existence ou sur le caractère bénin de l'ulcère révélé.

Une fois sur six, l'ulcère se traduit d'ailleurs à la radio par une image pseudo-néoplasique. Il faut donc savoir qu'une telle image, non seulement dans la région sous-cardiale mais même ailleurs, comme une amputation de l'antré, par exemple, peut traduire la réaction oedémateuse d'un ulcère sous-cardial bénin, et en ce cas la gastroscopie devient indispensable pour éclairer le doute.

Dans 1/3 des cas enfin, la radio ne montre rien. Il ne faut pas se contenter alors de ce résultat négatif, mais recourir à la gastroscopie.

Huit fois sur dix, en effet, la gastroscopie permet de voir l'ulcère et d'apprécier, outre ses caractères évolutifs, l'importance des grosses réactions gastritiques qui l'accompagnent. Cependant, 2 fois sur 10, l'examen n'est pas possible. Le diagnostic repose alors sur les données de la radiologie.

Voici les résultats des confrontations gastroscopiques et radiologiques dans nos observations :

- Diagnostic de radio seule (gastroscopie impossible ou ulcère non vu)	15 cas
- Diagnostic de gastroscopie seule (radio normale)	29 cas
- Diagnostic de gastroscopie seule (radio douteuse, lacunes)	14 cas
- Diagnostic de radio et de gastroscopie concordant	<u>37 cas</u>
Total	95 cas

Donc, dans près de la moitié des cas (43 sur 95), le diagnostic n'aurait pas été possible sans la gastroscopie, et inversement 15 fois la radio a suppléé aux défaillances de la gastroscopie.

Nous avons signalé, plus haut, les erreurs de diagnostic à éviter dans l'interprétation des images radiologiques et gastroscopiques : ulcération gastrique, récessus, diverticules, schwannome, cancer ulcérimforme, etc... Le contexte clinique, d'ailleurs, pourra quelquefois aider à faire les discriminations. Cependant, les difficultés du diagnostic de l'ulcère sous-cardial ne nous paraissent pas résider là, mais bien plutôt dans l'absence d'investigations plus poussées trop fréquentes, en raison de signes cliniques atypiques ou de radiographies faussement rassurantes.

C'est souligner l'importance de la gastroscopie pour poser le diagnostic de l'ulcère sous-cardial.

- VI -

EVOLUTION ET TRAITEMENT

- LES COMPLICATIONS.
 - LE TRAITEMENT MEDICAL
 - LES POSSIBILITES DE LA CHIRURGIE.
 - LES CARACTERES DE L'EVOLUTION SOUS L'INFLUENCE DU TRAITEMENT.
-

LES COMPLICATIONS

Le pronostic des ulcères sous-cardiaux est le plus souvent favorable. Les complications graves y sont rares.

Cependant, les hémorragies semblent deux fois plus fréquentes que dans les autres ulcères gastriques : 1 fois sur 6 environ, en particulier dans les ulcères des faces où elles se manifestent dans le quart des cas. Elles ont aussi la particularité d'être souvent indolores, et de survenir fréquemment comme première manifestation de l'ulcère.

Par contre, les perforations sont très rares, surtout en péritoine libre ; nous n'en avons pas observé.

Quant aux dégénérescences malignes, leur fréquence est difficile à apprécier, car, s'il n'est pas très rare de rencontrer des ulcérations cancéreuses, il est en général difficile de prouver qu'elles étaient bénignes au départ.

Les sténoses sont inexistantes. Par contre, nous avons vu la fréquence des spasmes, provoquant en particulier des biloculations hautes (4 cas). Une fois même, nous avons pu observer un volvulus. Signalons également une hypertonie généralisée et douloureuse de l'estomac, survenue paradoxalement après une opération de Dragstedt.

Quant à la hernie diaphragmatique et au méga-oesophage, peut-on les considérer comme des complications possibles de l'ulcère sous-cardial, en raison des spasmes que provoque ce dernier, comme l'ont avancé plusieurs auteurs ? Il est difficile de l'affirmer ; en tout cas, ce doivent être des complications bien rares, au moins inférieures à 1 % pour le méga-oesophage, car nous n'en avons pas observé. Cependant, nous avons relevé une hernie diaphragmatique dans nos observations.

Signalons également que nous n'avons pas vu de brachy-oesophage, dont inversement, pour certains auteurs, l'ulcère sous-cardial serait une complication.

En fait, sur 95 malades suivis, 2 sont morts : l'un par cachexie et hémorragie, consécutives à un ulcère géant (10 cm. de diamètre mesurés à l'autopsie), mais indolore. L'autre malade est décédé des suites d'une intervention chirurgicale sur un vieil ulcère douloureux depuis 20 ans.

LE TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement médical de l'ulcère sous-cardial ne diffère pas de celui des autres ulcères. On utilisera donc la protéinothérapie, les vitamines, l'oxyferriscorbone sodique, les extraits hormonaux de muqueuse duodénale et autres. Mais, en raison de l'importance des spasmes et des oedèmes, on ne manquera pas d'insister sur les topiques et les anti-spasmodiques tels que le bismuth, les gels d'alumine, la mucine, la réglisse et les médicaments anticholinergiques, etc...

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les indications de la chirurgie sont celles des autres ulcères gastriques, c'est-à-dire leur caractère chronique et récidivant, leurs complications graves, mais avec cette réserve toutefois que, dans l'ulcère sous-cardial, les interventions sont plus difficiles et la mortalité opératoire plus forte, alors que l'évolution normale de l'ulcère est généralement plus bénigne que dans les autres cas.

Les indications opératoires sont donc plus rares : 3 interventions en tout dans nos 95 observations, dont une de Dragstedt.

De nombreux types d'interventions ont été pro-

posés, comme souvent lorsque aucun n'est parfaitement satisfaisant. La difficulté, en effet, consiste à extirper la lésion. Si les techniques actuelles peuvent s'accommoder d'une région profonde et mal accessible derrière le grill costal, d'une vascularisation à la frontière de deux organes, il reste le problème de la suture de l'oesophage.

La gastrectomie totale ou subtotale est l'intervention la plus meurtrière, en particulier du fait des désunions fréquentes de suture. C'est pourquoi on a proposé l'hémigastrectomie haute ou la "résection en gouttière" de Pauchet, à laquelle GUEULLETTE préférerait la "résection tubulaire" des auteurs allemands.

D'autres interventions laissent l'ulcère en place, mais elles ne peuvent fournir aucune sécurité:

- La résection sous-ulcéreuse de KELLIG-MADLENER est une antro-pylorctomie appliquant la théorie acido-peptique qui fait de la région antro-pylorique la zone excitatrice responsable des troubles de sécrétion et de l'ulcère.

- Enfin, la gastrotomie transpylorique est, après l'opération de DRAGSTEDT, l'intervention la moins choquante et la plus indiquée chez des malades amaigris et fatigués : essayée par DELORE et LERICHE en 1936, reprise par SANTY, VERTHEIMER, puis par MALLET GUY, elle consiste à amener l'estomac à la paroi et à le fixer aux lèvres de la plaie pariétale. On pratique alors une gastrotomie et on introduit par l'ouverture une sonde jusqu'à la deuxième portion du duodénum. La sonde est laissée en place 2 ou 3 mois, ce qui permet d'alimenter correctement le malade et de remonter son état général, tout en laissant la lésion au repos et en permettant aux réactions inflammatoires de s'atténuer. On peut alors éventuellement pratiquer une gastrectomie dans de meilleures conditions locales et générales.

En fait, de l'avis des chirurgiens eux-mêmes,

"le problème du traitement chirurgical de l'ulcère sous-cardial n'est pas parfaitement résolu". (LOYGUE)

LES CARACTÈRES EVOLUTIFS

Sous l'effet du traitement médical d'ailleurs, la guérison est en général simple, même pour les ulcères de grande taille, car la taille des ulcères n'influe pas sur leur pronostic thérapeutique. C'est ainsi que nous avons observé un ulcère géant de 4 cm. de diamètre, cicatrisé en 3 mois et demi.

Mais les guérisons définitives sont difficiles à apprécier, comme dans tous les ulcères, étant donné le caractère périodique et cyclique de l'évolution spontanée.

Les guérisons cliniques doivent d'ailleurs être contrôlées par la radiologie et la gastroscopie : nous avons pu constater, en effet, que la douleur peut disparaître, mais l'ulcère persister à la gastroscopie, malgré des radiographies normales (Obs. 63). Inversement, nous avons vu un malade revenir pour une nouvelle crise douloureuse 3 ans après la guérison apparente ; la radio montrait bien une petite saillie sous-cardiale de la petite courbure, mais la gastroscopie révélait un estomac normal (Obs. 85).

L'évolution clinique peut donc revêtir plusieurs aspects :

- Dans la moitié des cas, la guérison survient, mais en un temps variable, s'échelonnant entre 2 mois et 2 ans selon les cas. En moyenne, il faut compter de 6 mois à un an.

- Quelquefois, on n'observe qu'une simple amélioration au bout d'un an.

- D'autres fois enfin, les troubles persistent ou réapparaissent 2 ou 3 ans après. On peut aussi assister à une transformation des douleurs qui chan-

gent de caractère : des pesanteurs précoces deviennent des crampes tardives et inversement des crampes tardives font place à un syndrome gastritique de brûlures semi-tardives.

En résumé, la guérison clinique est assez difficile à obtenir, soit qu'elle soit lente à se produire, soit qu'elle ne survienne pas dans un certain nombre de cas.

Or, la guérison radiologique est nettement plus rapide et plus fréquente. Il faut compter un mois, chez un malade au repos absolu, pour voir disparaître une niche de un centimètre. On peut d'ailleurs tabler sur un gain cicatriciel de un centimètre par mois pour les ulcères géants.

Quelquefois, cependant, la niche peut persister encore un an après, ou se changer en lacune au bout de quelques mois ; certains ulcères enfin ne cicatrisent pas, mais ces faits sont assez rares.

Le contrôle gastroscopique confirme les données en apparence contradictoires de la clinique et de la radiologie.

On voit bien, en effet, l'ulcère cicatriser rapidement, d'environ un centimètre par mois, ce qui donne une moyenne de guérison gastroscopique entre un et cinq mois. Mais elle montre en même temps la persistance des troubles qui accompagnaient l'ulcère : en particulier, les spasmes et les gastrites, probablement alors responsables de la persistance des douleurs.

Ainsi, une aire de gastrite mamelonnée s'observe souvent sur la région ulcéreuse après cicatrisation. Il semble d'ailleurs qu'ultérieurement ces aires de gastrite mamelonnée deviennent le siège d'une gastrite atrophique. Ainsi, chez un malade cicatrisé en 4 mois, une nouvelle gastroscopie 3 ans plus tard montrait une gastrite atrophique généralisée.

On peut d'ailleurs observer aussi quelques gué-

risons complètes sans séquelles.

En résumé, on voit que les complications de l'ulcère sous-cardial sont rares, en dehors des hémorragies et des oedèmes. Le traitement médical de l'ulcère ne diffère pas, d'autre part, du traitement classique. Il faudra cependant insister sur les topiques et les antispasmodiques pour lutter contre l'oedème et les spasmes toujours importants dans cette variété d'ulcère.

Le traitement chirurgical a des indications moins fréquentes du fait de l'évolution plus favorable d'une part, des difficultés et de la gravité des interventions d'autre part. Enfin, il peut exister une discordance apparente entre la lenteur de la guérison clinique et la guérison radiologique plus rapide. La gastroscopie permet d'éclairer ces faits en montrant qu'à la cicatrisation rapide de l'ulcère s'oppose la persistance des troubles gastritiques et spasmodiques qui lui sont associés.

CONCLUSIONS

La région sous-cardiale diffère du reste de l'estomac par sa situation anatomique, sa vascularisation et son innervation, voire par sa physiologie.

Ces différences ne sont pas sans influencer sur les caractères des ulcères, qui n'y sont d'ailleurs pas moins fréquents, mais plus difficiles à déceler.

Cette fréquence est, en effet, de l'ordre de 10 % des ulcères gastriques, ce qui n'est pas négligeable si l'on tient compte de la petite surface que représente la région par rapport au reste de l'estomac.

Il est également intéressant de remarquer que si, jusqu'à 40 ans, les hommes sont presque seuls touchés, après l'âge de la ménopause les ulcères féminins deviennent plus nombreux que les ulcères masculins. Comment ne pas évoquer, dans ces conditions, l'influence des perturbations hormonales dans la genèse de l'ulcère ?

LES SIGNES CLINIQUES.

Au point de vue clinique, nous avons vu que l'ulcère sous-cardial est situé dans une zone frontière, appartenant à l'estomac par sa situation et son histologie, mais se rattachant aussi à l'oesophage par sa vascularisation et son innervation. Il en résulte que si, dans les deux tiers des cas, l'ulcère présente les signes d'un ulcère gastrique classique, dans un tiers des cas il présente des signes d'emprunt variables et atypiques, rendant le diagnostic d'autant plus difficile que les radiographies

peuvent montrer des images d'estomac normal.

De toute façon, les signes classiques qui ont été décrits pour caractériser l'ulcère sous-cardial ne correspondent pas à la réalité : cet ulcère, en effet, n'a pas de signes propres.

Six fois sur dix, il se manifeste comme un ulcère banal, par des crampes épigastriques tardives généralement sans irradiations, avec une périodicité nette.

- Une fois sur dix, c'est un symptôme complètement isolé qui est révélateur : hématemèse, amaigrissement ou même simple anorexie.

- Enfin, dans le reste des cas, un tiers environ, les signes sont aussi atypiques que variés.

Parfois, en effet, c'est le siège de la douleur qui est aberrant, qu'il soit lombaire, précordial, splénique ou autre.

Dans ces cas, il s'agit le plus souvent d'une femme et l'ulcère se trouve généralement au bord même du cardia. Est-ce alors une erreur d'interprétation corticale de l'origine de la douleur, du fait de l'irritation sympathique d'une zone frontière ?

D'autres fois, les douleurs ne sont pas atypiques par leur siège, mais par leur nature qui évoque plutôt une gastrite ou une dyspepsie qu'un ulcère : ce sont des brûlures ou des pesanteurs plus ou moins précoces et irrégulières, et, si les radiographies ne montrent rien d'anormal, on passe à côté de l'ulcère, en l'absence de gastroscopie.

Quant aux signes cardio-oesophagiens tels qu'éruptions, hoquet ou dysphagie, ils sont assez rares, représentés seulement dans un dixième des cas environ. Ils semblent traduire d'ailleurs, non pas la situation juxta-cardiale de l'ulcère, car nombre de ces ulcères n'en présentent pas, mais bien plutôt l'extension de l'œdème et de la congestion à la muqueuse oesophagienne, comme le montre dans ces cas la gastroscopie.

Cette extension est sans doute favorisée par le système de vascularisation et d'innervation, commun entre l'oesophage et la région cardiale.

Les hématomés, par contre, semblent relativement plus fréquentes que dans les autres ulcères : elles surviennent, en effet, une fois sur six environ et même une fois sur quatre quand il s'agit d'un ulcère des faces ou d'un malade jeune.

Leur particularité est d'ailleurs de survenir le plus souvent au début de l'affection et d'en être un signe révélateur. Mais, malgré leur abondance, elles n'entraînent guère d'atteinte de l'état général.

Il est à remarquer enfin que 75 % des douleurs de l'ulcère sous-cardial sont TARDIVES et que cet horaire dépend beaucoup moins de la situation de l'ulcère, en particulier de sa hauteur, que de la nature des douleurs qu'il présente : les brûlures, en effet, seront plus facilement semi-tardives et les pesanteurs précoces, alors que les crampes sont presque toujours tardives.

Il n'est pas interdit de penser, d'ailleurs, que ces différentes manifestations correspondent à des troubles physio-pathologiques différents : les spasmes étant responsables des crampes, alors que l'oedème et la congestion provoqueraient brûlures et pesanteurs.

L'ensemble de ces réactions inflammatoires semble bien, d'ailleurs, avoir la plus grande part dans l'origine des douleurs de l'ulcère plus que l'ulcération elle-même.

En effet, il existe des ulcères indolores : rappelons l'exemple de l'observation 46, où la malade n'avait présenté qu'une hématomèse à peu près indolore malgré la présence de TROIS ulcères gastriques. Or, ces ulcères, vus au gastroscope, n'étaient accompagnés que d'une réaction inflammatoire minime.

D'autre part, il existe un décalage fréquent

dans l'évolution, entre la guérison clinique, assez lente à se produire, et la disparition des signes radiologiques au contraire plus rapide. La gastroscopie montre que, dans ces cas, si le malade continue à souffrir alors que l'ulcère est effectivement cicatrisé, c'est qu'il persiste de grosses réactions gastritiques responsables des douleurs.

Nous avons vu enfin l'influence de facteurs généraux, comme le sexe, sur la pathologie de l'ulcère et en premier lieu sur sa localisation.

En effet, si l'ulcère sous-cardial de l'homme se localise de préférence à la petite courbure, au contraire, chez la femme, les ulcères des faces sont plus fréquents.

Il y a, d'autre part, beaucoup plus d'atypies chez la femme : non seulement le quart des femmes souffrent ailleurs qu'à l'épigastre, mais près des deux tiers présentent des troubles autres que des crampes. C'est sans doute pour cela, d'ailleurs, que l'horaire de leurs douleurs est un peu moins souvent tardif.

Comment expliquer ces variations ? Faut-il invoquer une influence endocrinienne ou un état neurotonique plus instable chez la femme, provoquant des réactions associées plus importantes ou plus variées ?

De toutes façons, il faut souligner l'étroite dépendance de la région sous-cardiale vis-à-vis du système nerveux végétatif extrinsèque, ce qui l'oppose à la région antro-pylorique dont l'indépendance se manifeste par une motricité puissante, mais régulière et automatique, commandée par des centres autonomes et dont les réactions à la maladie ulcéreuse sont plus uniformes.

LES DONNÉES DE LA RADIOLOGIE.

Si, dans plus du tiers des cas, les signes cliniques sont de nature à égarer le diagnostic plu-

tôt qu'à l'orienter, l'examen radiologique, malheureusement, n'est pas beaucoup plus souvent affirmatif puisqu'il ne montre une niche que six fois sur dix environ.

Les raisons en sont multiples :

- En premier lieu, la région cardiale est difficile à explorer radiologiquement. C'est un lieu de passage à parois assez fixes, trop vide ou trop plein selon la position du malade et qu'on ne peut pas bien comprimer en raison de l'interposition du gril costal.

- D'autre part, l'ulcère sous-cardial s'accompagne très souvent de grosses réactions oedémateuses. Tantôt celles-ci donnent des images lacunaires qu'il ne faut pas interpréter alors comme des signes de malignité ; tantôt elles étranglent l'entrée de l'ulcère et empêchent son remplissage par la baryte.

Dans d'autres cas enfin, l'ulcère ne s'injecte pas de baryte, parce qu'il est fermé par un spasme ou bouché par une fausse membrane ou encore parce qu'il a une forme fissuraire.

LA GASTROSCOPIE.

Cette forte proportion de défaillances, non seulement cliniques mais aussi radiologiques, souligne donc l'importance du rôle de la gastroscopie pour dépister l'ulcère et suivre son évolution. C'est bien ce qu'illustre l'exemple de cette malade qui souffrait depuis vingt ans, dont les radiographies étaient normales, et qui a guéri lorsqu'une gastroscopie enfin pratiquée a permis de découvrir un ulcère sous-cardial et de le traiter.

Mais, si utile qu'il soit, cet examen gastroscopique peut lui-même échouer dans un sixième des cas environ.

Il peut être, en effet, impossible d'introduire l'appareil du fait de l'oedème ou des spasmes, ou impossible de voir la lésion, du fait encore de l'oedème ou des spasmes et d'autres réactions inflamma-

toires qui peuvent aveugler l'objectif ou cacher la lésion.

Plus que par ses aspects d'ailleurs variés, l'ulcère sous-cardial est en effet remarquable par l'importance des réactions inflammatoires qui l'accompagnent : gros oedèmes, spasmes violents, gastrites plus ou moins importantes, et nous avons vu que lorsque l'ulcère cicatrise le malade peut continuer à souffrir du fait de la persistance de ces lésions associées. Il n'est pas rare, en particulier, qu'à l'ulcère succède une gastrite mamelonnée qui peut elle-même être suivie d'une gastrite atrophique parfois généralisée.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'ulcère sous-cardial repose donc le plus souvent sur une double confrontation radiologique et gastroscopique.

Sans doute est-il rare que la gastroscopie ait à redresser un diagnostic radiologique d'ulcère inexistant ou mal situé ; mais elle permet assez souvent d'éclaircir un doute devant une image lacunaire et surtout de corriger l'erreur par défaut d'une image radiologique normale, alors qu'il existe un ulcère.

Inversement, la radiologie sera précieuse lorsque la gastroscopie n'aura pas été possible ou n'aura permis que de soupçonner l'ulcère.

Dans tous les cas, il faudra penser évidemment à pratiquer ces deux examens complémentaires, en particulier devant un syndrome clinique atypique, orientant parfois vers un autre organe, mais dont les troubles persistent et dont l'origine reste indécélable.

L'EVOLUTION.

L'évolution de l'ulcère sous-cardial semble un peu plus favorable que celle des autres ulcères

gastriques.

Les perforations sont très rares et les sténoses pratiquement inexistantes, la physiologie de l'orifice cardinal étant d'ailleurs très différente de celle du pylore.

Seules, les hémorragies semblent être deux fois plus fréquentes, probablement en raison des réactions inflammatoires importantes qui accompagnent l'ulcère.

Le traitement médical est le même que pour les autres ulcères ; toutefois, les médications anti-inflammatoires telles que le bismuth et les anticholinergiques devront être prescrites avec insistance.

Quant aux indications de la chirurgie, elles doivent être très restreintes : d'une part, en effet, les complications graves de l'ulcère sont plus rares ; d'autre part, les difficultés de l'intervention sont plus grandes et la mortalité opératoire plus importante que pour les autres ulcères gastriques.

Il semble bien, d'ailleurs, que jusqu'à ce jour aucune des diverses solutions chirurgicales proposées ne soit tout à fait satisfaisante.

En conclusion, l'étude des ulcères sous-cardiaux est loin d'être sans intérêt. Ils sont, en effet, plus fréquents qu'on ne le pense, et leur aspect clinique est assez différent de ce qui a été décrit à leur sujet jusqu'ici, peut-être parce que, sans gastroscopie, le plus grand nombre échappait aux observateurs.

Leur diagnostic peut, en effet, être très difficile, même avec les techniques radiologiques modernes, et nécessite souvent l'aide du gastroscopie.

Mais surtout, l'importance des réactions inflammatoires de ces ulcères permet de se demander

si on donne toujours aux gastrites associées la part
qui leur revient dans la pathologie ulcéreuse.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. SARRAILH

Le Doyen de la
Faculté de Médecine,

L. BINET

Le Président de
la thèse,

L. JUSTIN-BESANÇON

B I B L I O G R A P H I E

- CASTAIGNE (P.) et CAMBLER (J.) - Physiopathologie et étiologie du reflux gastro-oesophagien.- Revue du Praticien, T. 6, p. 1481, 1956.
- CHALIE - Diagnostic des ulcères de la face antérieure du corps de l'estomac.- Paris, Thèse méd., 1948, N° 311.
- COSTE (E.) - Remarques sur les ulcères haut situés des faces et de la grosse tubérosité de l'estomac.- Lyon, Thèse, 1942-43, N° 273.
- DEBRAY (Ch.)- Les formes atypiques de l'ulcère de l'estomac sous le contrôle de la gastroscopie.- Thèse, Paris, 1937.
- DUMOULIN (G.) - Ulcus juxta-cardial de l'estomac.- Thèse N° 110, Paris, 1924.
- FINE (J.) - Ulcère juxta-cardiaque de l'estomac.- Thèse, Lyon, N° 88, 1945-46.
- GUTMANN - Traitement médical et chirurgical dans les ulcères.- Presse Médicale, 1945, p. 265.
- GREGOIRE et OBERLIN - Précis d'Anatomie, Baillière, édit.-
- GUERIN (J.) - Ulcère juxta-cardiaque.- Thèse, Lyon, 1920, N° 244.
- GUILLAUMET - Les ulcères juxta-cardiaques et leur traitement chirurgical.- Thèse, Paris, 1940, N° 638.

GUEULLETTE (R.) - Chirurgie de l'estomac.- Paris, 1956.

HEPP - Modalités actuelles et résultats du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux non compliqués.

HILLEMAND (P.) - Maladies de l'estomac, de l'oesophage et du duodénum.- Paris, 1955, Flammarion.

HILLEMAND & SOLEA - A propos de la fréquence des ulcères gastro-duodénaux et de leur localisation.- Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, 1947, pp.547-51.

LARUELLE & REUMONT - Le système nerveux végétatif et son rôle dans la pathogénie de l'ulcère gastro-duodénal.- Rapport de la Séance extraordinaire de la Société Belge de Gastro-Entérologie, 12 Juin 1949.

LOYGUE (J.) - Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux.- Revue du Praticien, 1951, T. I, p. 16.

LEDOUX-LEBARD & GARCIA CALDERON - Technique de radio-diagnostic.- Paris, 1943, Masson.

LEDOUX-LEBARD & GARCIA CALDERON - L'ulcère de la face postérieure de l'estomac. (Ulcère sous-tubérositaire et son diagnostic radiologique).- Presse Médicale, 1947, p. 628.

MALVEZIN (F.) - Ulcères haut situés de la face postérieure de l'estomac.- Thèse, Paris, 1938, N° 351.

MOUTIER (F.) - Traité de GastroscoPie.- Paris, 1935, Masson.

MOUTIER (F.) - Etude gastrosopique de la motilité de l'estomac.- Concours Médical, Paris, 1952, pp. 3433-3434.

MOUTIER (F.), CORNET (A.) - Le diagnostic endosco-

pique des épines et des niches non ulcéreuses
de l'estomac.- Entretiens de Bichat, p.107, 1947.

MOUTIER (F.), HILLEMAND (P.), CORNET (A.), BRULE (G.),
WOIMANT et SONEA - Les ulcères de la face anté-
rieure de l'estomac.- Arch. Mal. app. dig., T.39,
N° 2, pp. 189-198.

MOUTIER (F.), HILLEMAND (P.), NEMOURS-AUGUSTE - Ulcè-
res de l'estomac invisibles à la radiographie,
visibles à la gastroscopie.- Arch. Mal. App.
dig., T. 32, N° 9-10, pp. 247-253.

MOUTIER (F.) et CORNET (A.) - Les gastrites.- Paris,
Masson, 1955.

ROUVIERE - Anatomie humaine.- Paris, Masson.

SAVIGNAC - La localisation extra-épigastrique de la
douleur dans l'ulcère gastro-duodénal.- Arch.
des Mal. de l'Ap. dig. et de la Nutr., 1937,
p. 751.

UDAONDO Alatto - Oesophage court et ulcère du cardia.-
Arch. Mal. Ap. dig et de la Nutr., 1950, p.972.

Rapport des Journées des Gastro-Entérologues français,
Paris, 1955 (23-24 Oct.) - Arch. Mal. App. dig.,
supp. au N° 6, Juin 1955, et T. 44, pp. 1033-70.

Rapport des Journées des Gastro-Entérologues français,
du 7 Juin 1953.- Arch. Mal. App. dig., T. 42,
N° 4, Avril 1953:

- CATTAN (R.) et FRUMUSAN (P.) - Le facteur vascu-
laire dans la maladie ulcéreuse.
- CHENE (P.), LORTAT-JACOB (J.L.), ROBERT (F.),
MAILLARD (J.N.) - Etio-pathogénie du reflux
gastro-oesophagien.
- HILLEMAND (P.), VIGUIE (R.), WATTEBLED (R.),
DURON (J.) - Etude clinique du reflux oeso-
phagien.
- LEVRAT (M.), BRETTE (R.), RICHARD (M.) - Les ulcè-
res gastro-duodénaux d'étiologie et de patho-

GUEULLETTE (R.) - Chirurgie de l'estomac.- Paris, 1956.

HEPP - Modalités actuelles et résultats du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux non compliqués.

HILLEMANT (P.) - Maladies de l'estomac, de l'oesophage et du duodénum.- Paris, 1955, Flammarion.

HILLEMANT & SOLEA - A propos de la fréquence des ulcères gastro-duodénaux et de leur localisation.- Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, 1947, pp.547-51.

LARUELLE & REUMONT - Le système nerveux végétatif et son rôle dans la pathogénie de l'ulcère gastro-duodénal.- Rapport de la Séance extraordinaire de la Société Belge de Gastro-Entérologie, 12 Juin 1949.

LOYGUE (J.) - Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux.- Revue du Praticien, 1951, T. I, p. 16.

LEDOUX-LEBARD & GARCIA CALDERON - Technique de radio-diagnostic.- Paris, 1943, Masson.

LEDOUX-LEBARD & GARCIA CALDERON - L'ulcère de la face postérieure de l'estomac. (Ulcère sous-tubérositaire et son diagnostic radiologique).- Presse Médicale, 1947, p. 628.

MALVEZIN (F.) - Ulcères haut situés de la face postérieure de l'estomac.- Thèse, Paris, 1938, N° 351.

MOUTIER (F.) - Traité de GastroscoPie.- Paris, 1935, Masson.

MOUTIER (F.) - Etude gastrosopique de la motilité de l'estomac.- Concours Médical, Paris, 1952, pp. 3433-3434.

MOUTIER (F.), CORNET (A.) - Le diagnostic endosco-

pique des épines et des niches non ulcéreuses de l'estomac.- Entretiens de Bichat, p.107, 1947.

MOUTIER (F.), HILLEMAND (P.), CORNET (A.), BRULE (G.), WOLMANT et SONEA - Les ulcères de la face antérieure de l'estomac.- Arch. Mal. app. dig., T.39, N° 2, pp. 189-198.

MOUTIER (F.), HILLEMAND (P.), NEMOURS-AUGUSTE - Ulcères de l'estomac invisibles à la radiographie, visibles à la gastroscopie.- Arch. Mal. App. dig., T. 32, N° 9-10, pp. 247-253.

MOUTIER (F.) et CORNET (A.) - Les gastrites.- Paris, Masson, 1955.

ROUVIERE - Anatomie humaine.- Paris, Masson.

SAVIGNAC - La localisation extra-épigastrique de la douleur dans l'ulcère gastro-duodénal.- Arch. des Mal. de l'Ap. dig. et de la Nutr., 1937, p. 751.

UDAONDO Alatto - Oesophage court et ulcère du cardia.- Arch. Mal. Ap. dig et de la Nutr., 1950, p.972.

Rapport des Journées des Gastro-Entérologues français, Paris, 1955 (23-24 Oct.) - Arch. Mal. App. dig., supp. au N° 6, Juin 1955, et T. 44, pp. 1033-70.

Rapport des Journées des Gastro-Entérologues français, du 7 Juin 1953.- Arch. Mal. App. dig., T. 42, N° 4, Avril 1953:

- CATTAN (R.) et FRUMUSAN (P.) - Le facteur vasculaire dans la maladie ulcéreuse.
- CHENE (P.), LORTAT-JACOB (J.L.), ROBERT (F.), MAILLARD (J.N.) - Etio-pathogénie du reflux gastro-oesophagien.
- HILLEMAND (P.), VIGUIE (R.), WATTEBLED (R.), DURON (J.) - Etude clinique du reflux oesophagien.
- LEVRAT (M.), BRETTE (R.), RICHARD (M.) - Les ulcères gastro-duodénaux d'étiologie et de patho-

génie connues chez l'homme.

- MONGES (H.), MONGES (A.) et GAMBARELLI (J.) - Physiopathologie du reflux gastro-oesophagien.
- NEMOURS-AUGUSTE (M.) - La radiologie du reflux gastro-oesophagien.

SAVY (P.), VACHON (A.), BLONDET (P.), BUFFARD - Les ulcères sous-cardiaux. Etude clinique et thérapeutique.- Journal Médical de Lyon, 20 Juillet 1946, N° 637, p. 523

RESUME DES OBSERVATIONS ETUDIEES

OBS. 1 - Mr. H..., 75 ans. Crampes épigastriques tardives, nausées et rejets pituitaux. Les crises durent un mois sans amaigrissement.

Une radio de face montre une épine sous-cardiale.

GastroscoPie : Gastrite oedémateuse et ulcère de la P.C.-

OBS. 2 - Mr. P..., 76 ans. Crampes épi. tardives classiques depuis 9 mois. Image radiologique discutée ; niche pour les uns, vue en raccourci de la P.C. pour les autres.

GastroscoPie : Grand ulcère cavitaire de la P. C. à 3 cm. du cardia.

OBS. 3 - Mr. T..., 78 ans. Crampes semi-tardives depuis 15 jours ; nausées et rejets pituitaux. Amaigrissement de 5 kg.

Une radio montre une petite ombre arrondie sous-cardiale.

GastroscoPie : Ulcère P.C. entre 2 tumeurs oedémateuses.

OBS. 4 - Mr. N...- Crampes tardives depuis 3 mois et surtout dysphagie.

Radio : Oesophage normal, grande niche de la P.C. immédiatement sous le cardia.

GastroscoPie : 1er examen impossible, visibilité nulle. - 2me examen : grosse tumeur inflammatoire, cardia oedématié, ulcère invisible.

OBS. 5 - Mr. Ca... - Malaises vagues, B.W. positif. Grosse niche triangulaire de la P.C. sous-cardiale.

GastroscoPie : ulcère de 4 cm. de diamètre à 2 cm. du cardia sur la P.C.

OBS. 6 - Mr. BA... - Opéré pour hernie de l'hiatus oesophagien. 2 ans après, souffre quotidiennement vers 17 h., sans périodicité. A la radio, épine de la P.C. sous-cardiale.

GastroscoPie : Ulcère à 1 cm. du cardia sur la P.C.

OBS. 7 - Mr. Ma... - Syndrome typique d'ulcère (1): Niche diverticulaire haut située sur la P. C. et image d'ulcère duodénal. La gastroscopie est difficile (spasmes) et montre l'ulcère à 5 cm. du cardia, au fond d'un diverticule spasmodique, qui finit par s'effacer.

OBS. 8 - Mme TO..., 65 ans. Douleurs lombaires hautes attribuées à un rhumatisme vertébral. A la radio, image de stase oesophagienne, ombre gastrique clivée en coup de hache, avec une niche à la lèvre postérieure du bloc antérieur. La gastroscopie montre un vaste ulcère très creux à la face antérieure, tout près du cardia.

OBS. 10 - Mme Di..., 66 ans. Crises ulcéreuses depuis plusieurs années. Actuellement, crampes atroces depuis un mois. Sur une radio, en O.A.D., à la région haute de la P.C.; un très léger soulèvement pourrait être interprété comme une niche. L'endoscopie montre un petit ulcère cupuliforme saignant abondamment à 1 ou 2 cm. du cardia, sur la petite courbure. Oedème prononcé.

OBS. 11 - Mme Pa..., 70 ans. Depuis 6 mois, brûlures par crises et amaigrissement. Grosse niche en plateau à la partie haute de la P.C.

Gastroscopie : Ulcère sous-cardial de la P.C., enfoui dans une vaste masse oedémateuse.

OBS. 12 - Mme Lau..., 70 ans. Syndrome ulcéreux typique. Petite tache suspendue à 3 cm. sous le cardia au milieu des faces. A la gastroscopie, l'ulcère très haut situé sur la face antérieure est entouré d'un bourrelet important avec gros plis radiaux.

OBS. 13 - Mme Ga..., 72 ans. Syndrome ulcéreux depuis 3 mois. Niche géante à la partie supérieure de la P.C., de 6 à 7 cm. de haut. Endoscopie

(1)- Lorsque leurs caractères ne sont pas précisés, les douleurs sont des crampes épigastriques tardives évoluant par crises.

difficile : l'ulcère est sur la P.C., à 3 cm. du cardia. Son orifice, de 3 ou 4 cm., est entouré d'un énorme bourrelet et masqué par un gros bouchon muqueux.

OBS. 14 - Mr. Ma... - Dyspepsie vague ancienne ; depuis 6 mois, crampes demi-tardives légères. Amaigrissement, fatigue. Diminution du contour antral sur les radios. Mais la gastroscopie révèle un ulcère classique juste au-dessous du cardia sur la P.C., accompagné d'oedème qui persistera encore après la disparition de l'ulcère 2 mois après.

OBS. 15 - Mme Co..., 60 ans. Ictère chronique depuis 6 semaines, avec crises de douleurs, tubage duodénal ramenant du sang. Il y a 8 ans, cholécystotomie pour lithiase et, depuis 2 ans, crises douloureuses intermittentes. Les radios paraissent normales ; ce n'est qu'après gastroscopie que l'on note une petite saillie sous-cardiale à la petite courbure, très peu nette. En fait, l'ulcère était à 1 cm. du cardia, sur la face postérieure.

OBS. 16 - Mme Bru..., 62 ans. Depuis 10 mois, douleur gauche irradiant en haut et en arrière, avec ballonnement, anorexie et anémie. Amaigrissement : 12 kg. en un an. Il y a 3 ans, petite hématomérose indolore, et, 2 ans après, cholécystite aiguë. Petite niche de Handeck au-dessous de la grosse tubérosité.- Gastroscopie : l'ulcère est au ras du cardia, sur la face postérieure, au sein d'une grosse masse oedémateuse multilobée.

OBS. 17 - Mme Yte..., 63 ans. Hématémèse abondante et indolore. Sur les radios avec compression, images lacunaires sous-cardiales. Sans compression et en procubitus, grande tache ovale de face, au-dessous d'une ligne passant par le cardia.- Gastroscopie : Grand ulcère sous-cardial de 4 à 5 cm. de diamètre sur la face antérieure.

OBS. 18 - Mme Kl..., 63 ans. Petites crampes tardives par crises mensuelles de 15 jours, depuis 5 ans. Niche de 1 cm. avec halo clair de 3 à 4 cm.

au-dessous du cardia, correspondant, à la gastroscopie, à un gros ulcère sous-cardial de 3 à 4 cm., creusé dans une tumeur inflammatoire sur la P.C.

OBS. 19 - Mme Du..., 63 ans. Douleur précordiale presque continue, calmée seulement par le sommeil, amaigrissement net. Image radiologique complexe bouleversant le tiers supérieur du fondus, avec 1 ou 2 petites niches de la P.C. visibles en oblique, correspondant à la gastroscopie à une énorme boule d'oedème sous-cardiale avec un petit ulcère sur le versant antérieur de la petite courbure.

OBS. 20 - Mme CO..., 63 ans. - Crampes tardives avec paroxysmes irréguliers depuis 3 mois. Trois images d'ulcère sur les radios: au tiers moyen sur la P.C. et sur la face postérieure, la troisième dans la région pylorique. De plus, gros diverticule sous-cardial. En fait, à l'endoscopie, leucogastrie généralisée, pas de trace d'ulcère sur le corps de l'estomac, mais juste sous le cardia; à la face postérieure, entrée pontiforme d'un diverticule et, tout à côté vers la P.C., petit ulcère avec très léger bourrelet.

OBS. 21 - Mme Ba..., 64 ans. Douleur oesophagienne avec étouffements, dysphagie intermittente, renvois toute la journée. Radios normales en apparence; ce n'est qu'après la gastroscopie qu'on découvre, sur un film, une niche estompée à peine indiquée. Gastroscopie: Oedème considérable, empiétant largement sur l'oesophage, gênant l'introduction du gastroscope. Au ras du cardia, gros ulcère très creux au milieu de l'oedème.

OBS. 22 - Mme Le..., 64 ans. Syndrome ulcéreux typique; lère crise; amaigrissement de 5 kg. Petite niche de la P.C. sous-cardiale, correspondant, à la gastroscopie, à un ulcère térébrant creusé profondément au milieu d'une vaste plage inflammatoire en coupole.

OBS. 23 - Mr. Sa..., 58 ans. Depuis 3 semaines, crampes épi. irrégulières et anorexie. Niche

angulaire et niche sous-cardiale de la P.C., correspondant, à la gastroscopie, à 2 ulcères gastriques : ulcère angulaire à bourrelet faible, ulcère sous-cardial très inflammatoire, saignant au contact, dans une énorme plage oedémateuse pourpre.

OBS. 24 - Mr. Bar..., 58 ans. Depuis 6 jours, pesanteurs épigastriques et vomissements après chaque repas. Crise analogue 8 mois avant. Rien de net à la radio. Gastroscopie : sous la lèvre cardiale de la petite courbure, ulcère plat avec bourrelet.

OBS. 25 - Mr. Au..., 59 ans. Depuis un an, syndrome ulcéreux classique avec quelques pituites à horaire tardif. Sur la grande courbure sous-cardiale, diverticule ou niche géante. L'endoscopie montre une réaction oedémateuse considérable, maxima dans la zone sous-cardiale, et à 4 cm. du cardia sur la grande courbure, deux ulcères : l'un énorme, véritable excavation ; l'autre plus petit, semblant s'étendre vers le premier.

OBS. 26 - Mr. ROU..., 60 ans. Crampes continues, augmentées par les repas. Radios négatives. Gastroscopie : Gastrite atrophique très poussée du corps de l'estomac, petit ulcère noyé dans une masse oedémateuse à la partie sous-cardiale de la face postérieure.

OBS. 27 - Me. Sa..., 64 ans. Depuis deux mois, syndrome ulcéreux intermittent, niche pédiculée au tiers supérieur de la P.C. verticale. Endoscopie difficile (spasmes) ; ulcère perdu dans une énorme réaction inflammatoire sous-cardiale.

OBS. 28 - Mr. Al..., 65 ans. Crampes épigastriques tardives intenses pendant un mois, suivies d'une hématomèse et de méloena. Niche sous-cardiale irrégulière. Gastroscopie : Ulcère de 2 cm. à la P.C. dans une boule d'oedème.

OBS. 29 - Mr. Je..., 67 ans. Depuis un an, crampes épigastriques tardives. Niche de 2 cm., sacchi-

forme, appendue à la paroi sous-cardiale et, vue de face, en dedans de la P.C.- Arrêt du gastroscope au cardia oedématié.

OBS. 30 - Mr. La... Douleur précoce avec irradiations hautes et pituites. Sur certains films, niche triangulaire et, sur un autre, niche plate à la P.C., sous-cardiale. GastroscoPie très difficile, saignement constant et abondant. L'ulcère est immédiatement au-dessous du cardia.

OBS. 31 - Mr. Re..., 53 ans. Depuis 10 ans, crises ulcéreuses saisonnières durant 15 jours. Petite niche très estompée de la P.C. sous-cardiale avec gros plis. GastroscoPie : énorme boule tumorale oedématisée de la région cardiale que l'objectif ne peut analyser.

OBS. 32 - Mr. Ca..., 54 ans. Depuis 4 mois, crampes épigastriques tardives, anorexie, dégoût de la viande ; peu d'amaigrissement. Niche suspendue à 5 cm. du cardia, au milieu du fondus. Endoscopie difficile (spasmes). Ulcère sous-cardial de la face antérieure avec bourrelet violacé.

OBS. 33 - Mr. Co..., 54 ans. Depuis 4 ans, crampes épigastriques tardives, ou semi-tardives, presque quotidiennes ; amaigrissement de 2 kg. en 2 mois ; hématurie il y a un mois. Faible image de tonalité sur certains films. Endoscopie très difficile (spasmes). Juste au-dessous du cardia, sur la petite courbure, ulcère dans une masse inflammatoire.

OBS. 34 - Mr. Cou..., 56 ans. Depuis 25 ans, pesanteurs épigastriques sans périodicité ; 2 hématuries, il y a 20 ans et il y a 2 mois, précédées d'anorexie et d'amaigrissement (7 kg.). Pas de douleurs. Actuellement, reprise du poids. Apparence de niche à la P.C., prépylorique. Après la gastroscoPie, on remarque des lignes onduleuses sus- et sous-cardiales. GastroscoPie : Ulcère plat sous-cardial dans fort bombement oedémateux à la P.C., en voie de cicatrisation. Région antro-pylorique normale.

OBS. 35 - Mr. Si..., 57 ans. Pesanteurs nocturnes pénibles, amaigrissement. Diarrhée depuis l'enfance. Protrusion plate de la P.C. sur 2 films, au ras du niveau supérieur de la baryte. Gastrosco-
pie : En pleine face postérieure, à 4 cm. au-dessous du cardia, 2 ulcères, l'un au-dessus de l'autre, dans une région sans plis mais sans bombement.

OBS. 36 - Mr. Me..., 57 ans. Brûlures post-prandiales. Niche suspendue P.C. sous-cardiale. Voile hématique et spasmes violents empêchent tout examen endoscopique.

OBS. 37 - Mme Bo..., 57 ans. Dyspeptique depuis l'enfance par périodes irrégulières et imprévues. Depuis 2 ou 3 mois, un peu plus de malaises, notamment la nuit, amaigrissement léger. La radio ne montre que des plis très développés de la grande courbure, à la hauteur du cardia. Gastrosco-
pie : L'ulcère siégeait sur la P.C., immédiatement au cardia, dans une tumeur inflammatoire en plaque. Rien à la G.C.

OBS. 38 - Mr. Ha..., 50 ans. Syndrome ulcéreux typique ; souffre beaucoup. Rien à la radio. Gastrosco-
pie : Ulcère de la face postérieure, à 4 cm. du cardia, très creux, avec gros bourrelet.

OBS. 39 - Mr. Ga..., 50 ans. Syndrome ulcéreux typique ; souffre beaucoup depuis 3 mois. Sur un très mauvais film d'il y a 3 mois, on devine une sorte de niche ou de récessus sous-cardial. Les radios actuelles sont normales. Gastrosco-
pie : Tumeur inflammatoire de la face postérieure, à 3 cm. du cardia, dans laquelle est caché l'ulcère.

OBS. 40 - Mr. Fr..., 50 ans. Syndrome ulcéreux classique datant de 5 ans. Rien depuis 2 ans. Nouvelle crise depuis 15 jours ; amaigrissement de 3 à 4 kg. Niche de la petite courbure sous-cardiale avec aspect marécageux fondique vis-à-vis. Endos-
copie difficile. Hypermyxie, spasmes de biloculation et bourses d'escamotage. L'ulcère siège au fond d'un puits, sur la P.C., à 4 cm. du cardia.

OBS. 41 - Mr. Su..., 51 ans. Depuis 18 mois, syndrome ulcéreux classique ; mais souffre depuis l'âge de 14 ans. Grosse niche sous-cardiale avec aspect encastré de la P.C.- GastroscoPie : Grand ulcère au repos, à 3 cm. du cardia, sur la P.C.

OBS. 42 - Mr. La..., 52 ans. Depuis un an, crises de douleurs tardives, très irrégulières. Dernière crise très violente, calmée depuis un mois. Les radios d'il y a un an ne montrent rien d'anormal. Les radios récentes, avec pneumopéritoine et insufflation gastrique, montrent une certaine différence de tonalité de la région cardiale. Introduction du gastroscope difficile ; grand ulcère de 3 cm. de la petite courbure sous-cardiale, avec zone enflammée sous-jacente.

OBS. 43 - Mr. La G..., 52 ans. Depuis 2 ans, brûlures précoces, durant une heure ou deux, survenant par périodes très irrégulières. Rien à la radio. GastroscoPie : A 2 cm. au-dessous du cardia, ulcère de la face postérieure.

OBS. 44 - Mr. Mo..., 52 ans. Crises ulcéreuses typiques depuis plusieurs années. Niche de la P.C. à 3 cm. du cardia. Le gastroscope dépasse avec difficulté le cardia et est arrêté par un oedème obstruant la lumière fondique.

OBS. 45 - Mme He..., 47 ans. Syndrome ulcéreux classique, énorme niche sous-cardiale à la face postérieure, correspondant à un ulcère juxta-cardial de la F.P. cavitaire.

OBS. 46 - Mme Li..., 47 ans. Hématémèse il y a 8 jours, précédée de douleurs 8 jours avant (pour la première fois). Image d'ulcère du bulbe et niche au tiers moyen de la P.C., alors que l'endoscopie révèle 3 ulcères gastriques : 2 ulcères géants de la petite courbure, juxta-cardial et sus-angulaire, le troisième moins grand, au pied du pilier antérieur.

OBS. 47 - Mme Du..., 48 ans. Depuis 10 ans, crampes épigastriques tardives un peu irrégulières.

Ulcère gastrique constaté il y a 9 ans ; mais soignée actuellement pour insuffisance hépatique. Sur un seul film de face, tache circulaire en dedans de la petite courbure sous-cardiale. GastroscoPie : l'ulcère est en effet sous-cardial et creusé dans un énorme monticule oedémateux de la face postérieure.

OBS. 48 - Mme Bi..., 49 ans. Pesanteurs semi-tardives, calmées par les repas. Amaigrissement de 3 kg. Petit diverticule oesophagien sus-cardial, mauvais remplissage de l'estomac sur 4 cm. dans la région cardiale, avec tache de 2 cm. GastroscoPie : Gastrite mamelonnée de la face postérieure fondique, région cardiale rétrécie par des bourrelets d'oedème masquant un ulcère juxta-cardial.

OBS. 49 - Mme Po..., 53 ans. Depuis quelques mois, syndrome hyposthénique avec pesanteurs. Radios normales. GastroscoPie : Petit ulcère sous un repli sous-cardial de la face postérieure.

OBS. 50 - Mme Dh..., 54 ans. Brûlures quotidiennes intolérables avec renvois. Echec du traitement. Sur les radios, impression de niche en retrait de la P.C. sous-cardiale. GastroscoPie : Ulcère sous-cardial de la face antérieure.

OBS. 51 - Mme Ja..., 55 ans. Depuis 2 mois, brûlures tardives calmées par les aliments, amaigrissement, asthénie. Niche de la P.C. à 3 cm. sous le cardia. A l'endoscopie, gonflement oedémateux de la région sous-cardiale avec énorme ulcère de Cruveilhier à la face postérieure, à 5 cm. du cardia.

OBS. 52 - Mme Mo..., 55 ans. Depuis 5 semaines, crampes épigastriques post-prandiales. Traitée pour ulcère duodénal, pour lequel des radios ont été faites. Mais la gastroscopie montre un vaste ulcère sous-cardial de la petite courbure.

OBS. 53 - Mr. Ja..., 49 ans. Depuis un an, syndrome ulcéreux. Dernière crise durant depuis 2 mois, avec crampes tardives très fortes. Grande niche sous-cardiale de la P.C.- GastroscoPie: Enor-

me masse inflammatoire sous-cardiale bombant à la face postérieure où s'ouvre le cratère d'un ulcère.

OBS. 54 - Mr. Te..., 49 ans. Depuis 2 ans, hémorragies gastriques, splénomégalie, forte anémie. Radios normales. Gastroskopie : A 4 cm. du cardia, à la face postérieure, ulcère fissuraire au centre d'une paroi oedématisée rouge noire.

OBS. 55 - Mme He..., 42 ans. Brûlures épigastriques demi-tardives et irrégulières avec élancements. Amaigrissement, méloena. Radios négatives. Gastroskopie : Ulcère de la petite courbure, à 3 cm. du cardia.

OBS. 56 - Mme Va..., 44 ans. Depuis 20 ans, brûlures semi-tardives intermittentes, glossite postérieure. Radios normales. Gastroskopie : Ulcère de la face postérieure, à 5 mm. du cardia, avec oedème.

OBS. 57 - Mme Gh..., 45 ans. Depuis plusieurs années, crampes tardives de l'hypocondre droit ; amaigrissement de 20 kg., asthénie, anémie. Soignée pour lithiase vésiculaire, puis appendicectomie pour crises dites appendiculaires. Les radios sont normales. Gastroskopie : Ulcère hémorragique de la face postérieure, à 5 cm. du cardia, et gastrite mamelonnée.

OBS. 58 - Mme Sa..., 47 ans. Depuis longtemps, brûlures épigastriques en décubitus, accentuées depuis 2 mois. Une cholécystectomie pour lithiase, il y a 14 ans, n'a pas entraîné d'amélioration. Les radios montrent un aspect marécageux discret en regard de la petite courbure sous-cardiale qui est grignotée sur 3 cm.- Gastroskopie : Gros oedème de la petite courbure sous-cardiale avec petit ulcère au centre.

OBS. 59 - Mr. De... Depuis longtemps, syndrome ulcéreux classique. Niche sous-cardiale. Gastroskopie : sur la petite courbure, à 4 cm. du cardia, ulcère en furoncle crevé dans une énorme tumeur violette.

OBS. 60 - Mr. Le..., 46 ans. Depuis 4 ans, crises ulcéreuses classiques. Les radios ne montrent rien. Le gastroscopie se heurte à un spasme de biloculation infranchissable, sous-cardial. De nouveaux clichés sont alors pris, à la recherche d'un ulcère sous-cardial, et montrent en effet une niche sous-cardiale, vérifiée à un autre examen avec insufflation, en vase clos.

OBS. 61 - Mr. Pe..., 47 ans. Hématémèse et meloena il y a 5 semaines, sans crises douloureuses antérieures, mais suivis pendant 3 semaines de quelques petites crampes tardives. Clichés normaux, avant et après morphine. GastroscoPie : 2 ulcères, l'un au sommet du pilier postérieur, l'autre à la face antérieure, à 5 cm. du cardia.

OBS. 62 - Mr. Et..., 48 ans. Depuis 2 ans, très fortes crampes épigastriques et irrégulières. Grosse hématémèse il y a un mois, anémie légère. Sous le cardia, en pleine face, 2 niches : l'une anguleuse, évoquant un ulcère, l'autre arrondie, évoquant un récessus. GastroscoPie : Petit ulcère de la face postérieure, sur la paroi antérieure d'un grand récessus sous-cardial, oedématié.

OBS. 63 - Mr. De..., 48 ans. Depuis un an, 2 crises ulcéreuses classiques, ayant duré 3 mois et un mois, sans amaigrissement. Sur un cliché, un doute pour une niche au tiers supérieur de la petite courbure. GastroscoPie : Vaste ulcère de la face antérieure, à 4 cm. du cardia, sur un grand plateau d'oedème.

OBS. 64 - Mr. Ai..., 40 ans. Forte hématémèse isolée il y a un mois ; meloena. Radios normales. GastroscoPie : diverticule de la face postérieure sous-cardiale et ulcère juxta-cardial dans une zone de gastrite mamelonnée cedémateuse.

OBS. 65 - Mr. Br..., 41 ans. Dysenterie amibienne il y a 20 ans. Depuis, 5 interventions coliques : 3 résections, une perforation et une sténose. Depuis 3 ans, syndrome ulcéreux. Les premiers cli-

chés montrent un ulcère au tiers supérieur de la face postérieure. Il y a 3 mois, une petite tache sous-cardiale de la face postérieure ; mais une laparotomie ne permet pas de trouver l'ulcère et l'on fait un Dragstedt. Gastrosco- pie : grosse tumeur inflammatoire lobée à 3 cm. du cardia, sur la face antérieure, et au centre de laquelle est creusé un ulcère de 1 cm. Estomac petit et déformé.

OBS. 66 - Mr. Me..., 42 ans. Depuis 4 ans, crises ulcéreuses avec hématemèse et melaena abondant. Radios normales. Gastrosco- pie : à la face postérieure sous-cardiale, gros placard de gastrite oedémateuse avec ulcère fissuraire à 5 cm. du cardia.

OBS. 67 - Mr. Ru..., 43 ans. Depuis 5 ans, crises de crampes épigastriques tardives, ayant fait place depuis 6 mois à un syndrome gastritique de brûlures semi-tardives. Radios normales. Gastrosco- pie : Ulcère plat à 4 cm. du cardia, sur la face antérieure, sans bourrelet.

OBS. 68 - Mr. Ba..., 45 ans. Depuis un an, crampes épigastriques tardives irrégulières, calmées par les aliments. Pas d'amaigrissement. Niche plate de la petite courbure. Gastrosco- pie : Oedème sous-cardial bosselé, très accentué à la petite courbure; petit ulcère au centre.

OBS. 69 - Mr. Pr..., 45 ans. Depuis l'âge de 15 ans, crises ulcéreuses tardives, espacées. Rigidité de la petite courbure sous-cardiale. Gastrosco- pie : à 4 cm. du cardia, sur la petite courbure, tache cicatricielle sans oedème.

OBS. 70 - Mr. Bi..., 30 ans. Depuis 3 ans, crampes semi-tardives, calmées par les repas, évoluant par crises. Niche sous-cardiale de la face postérieure. Gastrosco- pie : Ulcère sous-cardial très creux de la face postérieure, enfoncé dans une bourse de contraction.

OBS. 71 - Mr. Le..., 34 ans. Depuis plusieurs années, crampes épigastriques semi-tardives, amélio-

rées par staprolysat et bromatropine. Radios normales. GastroscoPie : Sur la face antérieure sous-cardiale, près de la grande courbure, grand ulcère serpiginieux.

OBS. 72 - Mr. Gui..., 34 ans. Depuis 2 mois, syndrome ulcéreux classique. Niche de la petite courbure sous-cardiale. GastroscoPie : Ulcère fissuraire sous-cardial de la P.C. avec bourrelet inflammatoire.

OBS. 73 - Mr. Jeg..., 35 ans. Depuis 18 mois, pesanteurs épigastriques tardives, calmées par les aliments. Crises périodiques d'un mois. Radios dites normales ; mais, après la gastroscoPie, niche sur un film, à 5 cm. du cardia. GastroscoPie : à 4 cm. du cardia, sur la P.C., ulcère avec liséré cramoisi.

OBS. 74 - Mr. Ku..., 35 ans. Dyspepsie chronique ; quelques périodes de crampes tardives très floues. Rien à la radio. Mais à la gastroscoPie, petit ulcère à 2 cm. du cardia sur la petite courbure.

OBS. 75 - Mr. Me..., 38 ans. Depuis 6 ans, crises saisonnières de crampes épigastriques tardives, grosse niche au tiers supérieur de la petite courbure et aspect vermoulu de la grande courbure. GastroscoPie : Estomac très enflammé ; grosse tumeur inflammatoire sous-cardiale, creusée d'un ulcère sur la petite courbure.

OBS. 76 - Mr. Dri..., 39 ans. Depuis un an, crise ulcéreuse typique, petite niche sous-cardiale dans une zone en retrait. GastroscoPie : Lésion sous-cardiale, sur laquelle bute le tube, empêchant l'examen.

OBS. 77 - Mr. Co..., 40 ans. Malaises tardifs, évoquant plutôt une gastrite qu'un ulcère. Rien à la radio. GastroscoPie : Gastrite mamelonnée et pul-tacée du corps de l'estomac. Ulcère fissuraire à 5 mm. du cardia.

OBS. 78 - Mr. Au..., 40 ans. Depuis 8 ans, plusieurs hématomés isolés, en pleine santé, un méloena; splénomégalie. Rien à la radio. Gastros-copie : Spasme prolongé, grosse infiltration inflammatoire de l'éperon cardio-tubérositaire, et de la face postérieure où existe une masse tumorale dans les saillies de laquelle est perdu l'ulcère.

OBS. 79 - Mr. Pe..., 20 ans. Brûlures tardives quotidiennes, sans arrêt évolutif. Estomac normal sur les radios, mais image d'ulcère duodénal. Gastros-copie : Petit ulcère de la petite courbure, à 5 cm. du cardia.

OBS. 80 - Mr. Mo..., 25 ans. Depuis 2 ans 1/2, brûlures continues sans périodicité, éructations. Image de biloculation sur les clichés de l'an dernier, rien sur les derniers. Gastros-copie : Ulcère sous-cardial entre bosselures oedémateuses.

OBS. 81 - Mr. Va..., 25 ans. Pesanteurs épigastriques précoces et tenaces, avec élancements et irradiations hautes et gauches. Rien d'anormal sur les radios. Gastros-copie : Grand ulcère avec oedème à la face antérieure, tout près du cardia.

OBS. 82 - Mr. Ja..., 28 ans. Brûlures tardives; nausées et pituites. Sur certains films, niche ulcéreuse ; sur d'autres, énorme lacune sous-cardiale de la petite courbure. Gastros-copie : 2 ulcères de la face antérieure, l'un sous-cardial entre de grosses saillies oedémateuses, l'autre plus bas, à 6 ou 7 cm., sans profondeur.

OBS. 83 - Mme Av..., 28 ans. Brûlures tardives, nausées et pituites matinales. Petit soulèvement de la petite courbure sous-cardiale. Gastros-copie : A 3 cm. au-dessous du cardia, sur la face postérieure, ulcère dans une aire d'oedème.

OBS. 84 - Mr. Pe..., 38 ans. Syndrome ulcéreux depuis quelques mois. Sur un film, image d'ulcère sous-cardial de la face postérieure. Gastros-copie : Spasmes, long canal oedématié cardial, examen impossible.

OBS. 85 - Mr. Ko..., 31 ans. Depuis 17 ans, crises de crampes épigastriques tardives calmées par les aliments. Image lacunaire sous-cardiale avec dédoublement de la petite courbure. Gastrosco-
pie : Spasme et oedème généralisé, plus accusé à la région sous-cardiale où existe une grosse tumeur rouge inflammatoire. On ne voit pas l'ulcère. De nouvelles radios montrent une niche sous-cardiale en plateau.

OBS. 86 - Mr. Br..., 34 ans. Depuis 3 ans, troubles vagues diffus. Il y a un an, crise de douleurs tardives plus aiguë. Petite niche étroite à 4 cm. du cardia. Gastrosco-
pie : Cardia spasmé, en pleine petite courbure ; sous le cardia, zone très enflammée, avec fissure sombre au centre (contraction en bourse sur l'ulcère ?).

OBS. 87 - Mr. Gr... Crises ulcéreuses classiques. Images d'ulcère du bulbe sur les radios. Gastrosco-
pie : Ulcère fissuraire de la petite courbure, à 5 cm. du cardia.

OBS. 88 - Mr. Le... Depuis 3 ans, crises ulcéreuses avec amaigrissement de 15 kg. Niche suspendue au tiers supérieur de la face postérieure. Gastros-
copie : Ulcère sous-cardial de la face postérieure, creusé dans une tumeur inflammatoire.

OBS. 90 - Mr. Lo..., 50 ans. Depuis 2 ans, crampes épigastriques tardives, anorexie et amaigrissement de 8 kg. Aspect marécageux au tiers supérieur de la petite courbure. Gastrosco-
pie : Ulcère à 4 cm. du cardia, dans une grosse tumeur inflammatoire.

OBS. 91 - Mr. Po..., 52 ans. Amaigrissement sans douleur. Image lacunaire de l'antra. Gastros-
copie : gastrite antrale mamelonnée aphteuse, petit ulcère juxta-cardial tumoral de la petite courbure.

OBS. 92 - Mr. Ro..., 60 ans. Cardialgies et amaigrissement. Niche sous-cardiale. Gastrosco-
pie : Gastrite congestive et oedémateuse haute, ulcère de la petite courbure au ras du cardia.

OBS. 93 - Mr. Cl..., 63 ans. Depuis 20 ans, crises ulcéreuses classiques. Niches sous-cardiale et angulaire à la radio. Gastroskopie : Ulcère tumoral juxta-cardial de la petite courbure et ulcère fissuraire en amont du pilier postérieur.

OBS. 95 - Mme Ho..., 53 ans. Depuis 7 mois, anorexie et amaigrissement. Image de biloculation avec niche sous-cardiale sur les radios. 1ère gastroskopie arrêtée par des spasmes étagés. 2me gastroskopie : petit ulcère sous-cardial, dans un entonnoir, au-dessus de la biloculation. Gastrite mamelonnée blanche périphérique.

OBS. 96 - Mr. He..., 44 ans. Depuis 6 ans, crises de crampes épigastriques précoces durant un mois, repos de 2 à 3 mois. Sur un film, tache sous-cardiale détachée. Gastroskopie : au ras du cardia, tumeur violacée fragile et saignante, dans laquelle l'ulcère reste dissimulé et ne sera vu qu'à la gastroskopie suivante à 3 cm. du cardia.

OBS. 97 - Mr. Po..., 55 ans. Depuis quelque temps, syndrome dysphagique assez peu net. Niche sous-cardiale de la petite courbure et récessus. Gastroskopie : Après avoir dépassé le cardia, l'objectif se trouve enfermé dans une chambre sans issue.

OBS. 98 - Mr. Le..., 54 ans. Depuis un mois, amaigrissement de 4 kg., ne souffre pas. Mais antécédents hémorragiques : hématomèse il y a 9 ans, méloena à plusieurs reprises depuis 25 ans. Pas d'images anormales à la radio. Gastroskopie : A la face antérieure, tuméfaction sous-cardiale très hémorragique avec 2 ulcères au centre, suspects d'une malignité, non confirmée par les examens ultérieurs.
